

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE 101
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896, à 1 heure

PAR
Mlle GORDON

L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. : TILLAUX, professeur.
BROCA et WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine, 45

1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

101
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896, à 1 heure

PAR

M^{lle} GORDON

L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. : TILLAUX, professeur.
BROCA et WALTHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, rue Racine, 45

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARD
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
Professeur honoraire	TILLAUX.
M. PAJOT.	BERGER.
Agrégés en exercice.	DUPLAY.
MM.	LE DENTU.
ACHARD	GUYON.
ALBARRAN	PANAS.
ANDRE	TARNIER.
BAR	PINARD.
BONNAIRE	SEBILEAU
BROCA	THIERRY
CHANTEMESSE	THOINOT
CHARRIN	TUFFIER
CHASSEVANT	VARNIER
DELBET	WALTHER
GAUCHER	WEISS
GILBERT	WIDAL
GILLES DE LA	WURTZ
TOURETTE	
GLEYS	
HARTMANN	
HEIM	
LEJARS	
LETULLE	
MARFAN	
MARIE	
MÉNÉTRIER	
NELATON	
NETTER.	
POIRIER, chef des	
travaux anatomi-	
ques.	
RETTERER	
RICARD	
ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. M. BRÉAL.

Membre de l'Institut
Professeur au collège de France

Hommage profondément respectueux et reconnaissant

A MES EXCELLENTS MAÎTRES

M. LE DOCTEUR BROCA

Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux

ET

M. LE DOCTEUR FAISANS

Médecin de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

La pathologie de l'appendice iléo-cœcal presque complètement inconnue jusque dans ces dernières années, a été éclairée d'un jour nouveau seulement depuis les travaux importants des chirurgiens américains et anglais sur les phlegmasies de la fosse iliaque droite et elle a plus récemment fait le sujet de nombreux mémoires tant en France, qu'à l'Étranger. Tous ces travaux ont contribué, chacun pour leur part, à dégager la conception classique de ces maladies, de ce qu'elle avait de confus et d'erronné. Nous ne voulons pas donner ici l'histoire pathologique complète de la maladie qui nous occupe; mais nous devons cependant retracer en quelques traits rapides les étapes marquantes par lesquelles elle a passé depuis la première description de la typhlite d'Albers de Bonn, jusqu'aux travaux de Fitz, Bull, Weir, Tuffier, Broca et autres. Englobée tour à tour sous les dénominations de typhlite stercorale, de péri et de paratyphlite et confondue avec les inflammations du cœcum et du tissu cellu-

laire environnant, cette affection a été comprise avant 1888, de la façon suivante. Au début on imaginait un engouement stercoral produit par la stagnation des matières dans le cœcum. A cette période succédait bientôt une autre, caractérisée par l'inflammation plus ou moins intense des parois cœcales et se traduisant cliniquement par l'empâtement de la fosse iliaque, des douleurs et des troubles gastro-intestinaux. C'était la typhlite. Puis, si le processus inflammatoire n'était pas enrayé par un traitement approprié, des ulcérations et des perforations de la muqueuse pouvaient se produire et suivant le siège de ces dernières on assistait à l'évolution de deux ordres de phénomènes. Si la perforation se produisait en avant, le contenu de l'intestin se déversant dans la cavité péritonéale, une péritonite suraiguë éclatait. Si au contraire elle avait lieu en arrière, le tissu cellulaire de la fosse iliaque s'enflammait et il se développait un phlegmon iliaque. C'était la pérityphlite. Cette conception, bâtie uniquement sur des considérations cliniques, sans être justifiée par aucun fait anatomo-pathologique, a fini par disparaître. La vieille typhlite, que, dans sa haute clairvoyance médicale, niait déjà Grisolles il y a 57 ans, a disparu du cadre nosographique pour faire place à l'appendicite. Les opérations hâtives des chirurgiens américains ont permis de constater que l'appendice se trouve seul presque toujours atteint et que le cœcum n'est qu'exceptionnellement lésé. Il est bien démontré aujourd'hui que les perforations du cœcum en dehors des lésions spécifiques : dysentériques, tuberculeuses ou typhiques, sont dans tous les cas secondaires, c'est-à-dire

dues à des lésions du voisinage, produites de dehors en dedans, et qu'elles ne donnent jamais lieu au cortège symptomatique qui caractérise l'appendicite. L'appendicite infantile que nous nous proposons de traiter ici, a également été dominée jusque dans ces derniers temps par les fausses idées classiques. Considérant d'ailleurs cette affection comme très rare dans l'enfance, les auteurs ne se sont guère occupés de son étude spéciale. Blatin (1) sur 73 observations n'a trouvé que deux cas au-dessous de 10 ans, huit seulement de 10 à 15 ans, Paulier (2) ne donne qu'une observation relative à un malade au-dessous de 10 ans. Dans la statistique de typhlites et pérityphlites observées par Landouzy à l'hôpital des Enfants-Malades, du 1^{er} janvier 1871 au juillet 1875, il n'y a que neuf cas de relevés. Cette statistique, continuée par Labadie Lagrave jusqu'en 1883, ne donne que 17 cas au-dessous de 14 ans. En somme, 26 cas en 12 années et sur un total d'enfants traités, qui dépasse le chiffre de 49406. Aujourd'hui les statistiques parlent un autre langage, pour ne citer que le nôtre, qui porte sur 80 cas relevés dans ces trois dernières années. Et cependant, faut-il en conclure que l'appendicite soit devenue une maladie plus fréquente chez l'enfant, ou ne faut-il pas plutôt admettre, que l'augmentation des cas est due à une connaissance plus exacte et une recherche plus attentive de cette affection?— Il n'existe que très peu d'observations d'appendicite infantile éparses dans la littéra-

1. Blatin, thèse de Paris, 1868.

2. Paulier, thèse de Paris, 1875.

ture jusqu'en 1840, année où Rokitansky le premier, attirera l'attention sur la formation des calculs stercoraux et leur importance dans la perforation du processus vermiciformis. Ainsi en 1832 Iliff avait trouvé dans l'appendice d'un garçon de 12 ans un abcès contenant une petite concrétion. En 1837 Bœhr constatait chez un garçon de 10 ans, et en 1839 Burne chez un garçon de 14 ans, une perforation de l'appendice ayant donné issue à un calcul. Il faut citer ensuite les travaux de Volz qui sur 35 cas de pèrityphlite en signale 11 chez l'enfant; de Bamberger qui réunit deux cas sur 73; de Meigs et Pepper avec 19 sur 39; de Matterstock avec 72 sur 1030; de Levis avec 6 sur 46; Gehrhardt en rapporte 21 et Rilliet et Barthéz 23 cas.

Les nouvelles notions acquises sur l'appendicite n'ont cependant pas attiré dans une mesure aussi considérable qu'on pouvait le croire, l'attention des auteurs récents sur les rapports de cette maladie avec l'enfance, surtout avec la première enfance. Aussi avons-nous cru qu'il serait intéressant, d'examiner l'évolution d'une affection si redoutable, non plus dans ses grandes lignes suffisamment connues, mais dans la clinique spéciale des âges. Nous nous proposons, comme l'indique d'ailleurs le titre de notre thèse, de tracer dans une vue d'ensemble, le tableau complet de l'appendicite chez l'enfant. L'idée de cette étude nous a été donnée par notre maître M. Broca, qui a bien voulu nous confier dans ce but les nombreux matériaux recueillis dans son service à l'hôpital Trousseau. Nous pourrons de la sorte nous appuyer pour les conclusions de notre travail sur plus de 80 cas, observés tous dans le

même service et traités dans les mêmes conditions nosocomiales, par le même chirurgien. Que M. Broca nous permette de lui adresser en cet endroit nos plus vifs et bien sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a manifestée non seulement pendant notre temps d'étude à Trousseau, mais aussi plus tard en toute occasion. C'est dans son service, c'est grâce à son enseignement et à ses leçons, que nous avons pris goût aux questions de pathologie chirurgicale infantile ; et c'est pourquoi nous avons mis beaucoup d'intérêt à traiter ce sujet pour lequel les conseils et les indications de notre maître nous ont été d'une grande utilité.

Nous devons également exprimer ici notre profonde gratitude à un de nos plus chers maîtres, M. le Dr Faisans, médecin de la Pitié pour l'intérêt qu'il nous a porté et surtout pour son enseignement magistral qui nous a été si profitable. En même temps nous témoignons notre sincère reconnaissance à tous les autres maîtres dont nous avons suivi les services pendant le cours de nos études médicales : MM. les Professeurs Le Dentu, Kirmisson, Launelongue, Reclus et Bar. M. le Dr Henneguy, professeur d'Embryogénie comparée au Collège de France dont les conseils et l'assistance ne nous ont jamais fait défaut ; M. le professeur Rosenbach, Directeur de la Polyclinique chirurgicale de Goettingue, qui avec la parfaite urbanité qui le caractérise, nous a admis dans son service pendant les vacances d'été 1893, et M. Merkel, professeur d'Anatomie à la Faculté de Goettingue. Nous adressons aussi tous nos remerciements à notre collègue M. A. Guiyesse, préparateur d'histologie au laboratoire de la clinique obstétricale

de la rue d'Assas, de nous avoir prêté son concours intelligent et dévoué pour la partie d'histologie pathologique de ce travail.

Nous prions M. le professeur Tillaux d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE NORMALE DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

L'appendice iléo-cœcal, organe rudimentaire, rappelant chez l'homme une disposition fœtale aujourd'hui perdue, n'existe pas pendant la vie embryonnaire et les premiers temps de la vie fœtale. Plusieurs auteurs: Hunter, Morgagni, Gerlach et tout récemment Allis ont vu des sujets, chez lesquels il manquait complètement. Dans le cas d'Allis il était remplacé par une simple dépression entourée d'un bourrelet péritonéal. Il manque chez tous les autres mammifères, excepté chez les singes anthropoïdes (Milne-Ewards). Pendant la vie fœtale le cœcum entièrement dépourvu d'appendice est relativement plus long que chez l'adulte. Sa partie supérieure qui avoisine l'orifice iléo-cœcal se développe progressivement, sa partie inférieure subit un arrêt de développement (Testut), se rétrécit peu à peu et se transforme finalement en un petit tube cylindrique qui est l'appendice. Quant à la position de ce dernier, il y a deux points à préciser: son insertion au cœcum et sa position générale par rapport à l'intestin. Situé le plus souvent dans la moitié interne de la fosse iliaque droite au voisinage du détroit supérieur, l'appendice s'insère au côté postéro-interne du cœcum. Il est maintenu en position par un mésentère, dépendance du feuillet inférieur du mésentère. De toutes les

nombreuses variétés de direction, le type descendant, celui dans lequel l'appendice, croisant le psoas, descend dans le bassin, serait le plus fréquent. Cependant, d'après Fergusson et Hartley, l'appendice serait tout aussi souvent en rapport avec la face postérieure du cœcum. Ces variations expliquent, pourquoi les collections purulentes d'origine appendiculaire n'occupent pas toujours le même point. L'appendice est dans presque tous les cas complètement enveloppé par le péritoine.

Rarement rectiligne chez l'enfant, il y présente le plus souvent des flexuosités, des demi-nœuds. Ses dimensions sont également très variables. D'après les mensurations de Toft, la longueur moyenne chez le fœtus de 9 mois serait de 4 cent. 5. D'après Meckel, le rapport de la longueur du processus au canal alimentaire chez le nouveau-né serait 1 à 71; chez l'adulte comme 1 à 115. D'après Ribbert, le rapport de l'appendice au gros intestin chez les embryons et les nouveaux-nés est comme 1 à 10, chez l'adulte comme 1 à 20. Nos mensurations qui portent sur 85 sujets au-dessous de 14 ans nous ont donné chez les garçons une longueur moyenne de 7 centimètres $1/2$, chez les filles également de 7 centimètres $1/2$. L'appendice aurait d'après Ribbert la plus grande longueur absolue entre 10 et 30 ans, puis il diminuerait progressivement pour aboutir à une véritable atrophie dans la vieillesse. La cavité centrale dont le processus vermiciformis est creusé sur toute sa longueur, s'ouvre dans le cœcum à 2 ou 3 millimètres au-dessous de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau il existe une valvule circulaire ou semi-lunaire, décrite pour la première fois par Ger-

lach et après lui par la plupart des anatomistes. Cette valvule ostiale, niée entièrement par Clado, considérée comme étant tout à fait exceptionnelle par Testut, Laforge et autres, existe très fréquemment et toujours d'une façon bien nette chez les enfants, surtout chez les très jeunes entre 4 et 10 ans. Jacob l'a également vu et nous l'avons rencontré chez tous nos sujets.

Matterstock lui fait jouer un rôle important dans la rétention des matières fécales à l'intérieur de l'appendice. La valvule de Gerlach se présente sous forme d'un petit bourrelet muqueux, mince, faisant une saillie plus accusée au niveau d'une des moitiés de l'orifice coeco-appendiculaire et déterminant de cette sorte un rétrécissement notable de sa lumière. Elle serait moins développée chez les sujets au-dessous de 5 ans et dans l'âge avancé, ce qui s'accorderait bien avec le fait que les calculs stercoraux et leurs conséquences pathologiques s'observent rarement aux deux pôles extrêmes de la vie. Nous verrons plus loin, qu'il existe dans la structure même de l'appendice, des conditions, qui peuvent également être considérées comme facteurs importants de la fréquence de l'appendicite chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le fœtus, le canal appendiculaire plus considérable et en communication avec l'ampoule cœcale par un orifice plus large, est ordinairement rempli par du méconium. On a même noté (Hecker et Buehl) des concrétions de méconium chez le nouveau-né. La présence de matières fécales dans l'intérieur de l'appendice serait rare chez les enfants au dessous de 8 ans d'après Jacob, au-dessous de 5 ans d'après Ribbert qui, dans 50 cas n'en a jamais constaté. De 5 à 20 ans cet auteur en a vu dans

18 0/0 des cas et dans des proportions plus grandes dans le sexe féminin. Dans la grande majorité de nos cas nous n'avons trouvé dans l'appendice qu'un peu de mucus.

Structure. — Les parois du processus vermiformis possèdent la même structure que celles du cœcum auxquelles elles font suite. Presque toujours entouré complètement par le péritoine et ayant un méso distinct, l'appendice présente une tunique musculaire constituée par deux plans de fibres longitudinales et circulaires. D'après Trèves cette tunique serait peu développée et l'appendice se débarrasserait par conséquent difficilement des matières solides qui s'y engagent ; après la tunique musculaire on trouve une couche celluleuse remarquablement épaisse, formée par du tissu conjonctif et presque dépourvue de fibres élastiques ; puis une muqueuse avec un épithélium cylindrique, un stroma adénoïde et de nombreuses glandes en tubes. La muqueuse contient d'après Ribbert un nombre extrêmement grand de follicules clos, présentant chez le lapin encore plus distinctement que chez l'homme, une unique et grande plaque de Peyer. Ces follicules clos sont déjà bien développés chez le nouveau-né, mais ils atteignent leur maximum de grandeur ($3/4$ à 1 mm.) chez l'enfant, où on les voit très bien à l'œil nu et où ils sont si nombreux et si étendus qu'ils ne laissent qu'un petit intervalle entre eux. Nous avons été également frappé de cette disposition typique et serrée des follicules clos, qui se maintiendrait d'après Ribbert, dont l'examen porte sur 400 cas de tous les âges, jusqu'à 20 et 30 ans, pour devenir ensuite plus espacée. La muqueuse devient alors plus lisse, plus unie et sa sécrétion moins intense.

Cette modification importante de la muqueuse appendiculaire, cette diminution d'activité de ses éléments constitutants, cette atrophie vers laquelle marche progressivement l'appendice en vertu de son rôle d'organe rudimentaire, tout cela, suivant une coïncidence remarquable, s'observe à un âge où, d'après toutes les statistiques, la fréquence des appendicites diminue peu à peu, c'est-à-dire après 30 ans. Pourquoi ne pourrait-on pas voir dans la structure histologique de l'appendice, dans la présence du tissu adénoïde de sa muqueuse, dans le nombre excessif des follicules clos, structure en tout point semblable au tissu amygdalien, une des conditions pathogéniques de l'appendicite, un des facteurs importants favorisant l'infection microbienne, la transformation des hôtes normaux de ces tissus en agents pathogènes sous l'influence de la moindre perturbation ?

Les artères de l'appendice sont fournies par une branche de l'arcade terminale de la mésentérique supérieure et de la branche descendante de la colique inférieure droite (iléo-colique). Accompagnée de quelques petits filets nerveux, elle gagne l'extrémité de l'appendice en suivant le bord interne de son méso. Les veines ne suivent pas le trajet des artères et vont se jeter dans les veines cœcales. Les lymphatiques antérieures se rendent dans quelques petits ganglions compris dans le mésentère de l'angle iléo-cœcal supérieur. Les lymphatiques postérieures, plus importantes, sont tributaires de plusieurs ganglions appliqués contre la paroi postéro-interne du cœcum, contre elle et le péritoine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques que l'on trouve dans les appendices de l'enfance, n'ont rien de spécial qui soit relatif à cet âge : l'hypérémie, l'inflammation catarrhale de l'appendice et du cœcum et surtout les ulcérations gangréneuses et les perforations s'y rencontrent. Ces dernières sont de toutes les lésions les plus importantes et celles que l'on constate le plus fréquemment chez l'enfant.

L'appendice peut être nécrosé dans sa totalité ou présenter seulement des plaques de sphacèle par places.

Souvent c'est une véritable amputation, une section spontanée qui divise l'organe en deux parties, dont l'une adhérente au cœcum et l'autre détruite, dissoute dans le contenu de l'abcès. Dans l'immense majorité des cas ce sont des perforations que l'on trouve.

Celles-ci sont uniques ou multiples et à dimensions variables, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à la gangrène complète. La perforation peut siéger en des points différents. Si elle est unique, elle existe presque toujours à la pointe. Rarement elle siège près de l'extrémité supérieure et empiète sur le cœcum. Nous avons relevé dans 46 cas, soit de résections, soit d'autopsies, 36 fois des lésions perforantes, sur lesquelles 7 fois gangrène et perforation ensemble, 4 fois des perforations multiples,

5 fois des amputations spontanées. Matterstock dans 49 cas a rencontré 37 fois des perforations. Quant aux différentes formes anatomo-pathologiques, nous en admettons 3 : L'appendicite simple aiguë ou chronique, l'appendicite suppurée et l'appendicite gangréneuse. La première forme qui, disons-le en passant, est chez l'enfant peu nette au point de vue clinique, doit plutôt être regardée comme le degré initial de l'affection que comme une forme spéciale. A ce degré les lésions sont celles d'une hyperémie et d'une inflammation catarrhale. Le revêtement péritonéal est souvent fixé par de minces adhérences au cœcum, la muqueuse présente une coloration rouge intense, elle est plus ou moins gonflée et sa sécrétion est augmentée. Au microscope on voit une prolifération des couches épithéliales avec destruction des cellules, la dilatation des culs-de-sac glandulaires et l'infiltration du tissu interstitiel par des cellules embryonnaires. A cette phase le processus pathologique peut s'arrêter sans qu'il en résulte des conséquences sérieuses pour l'organe, à condition, que la cause qui l'a produite — dans la plupart des cas ce sont des corps étrangers autochtones — cesse d'exercer son action nocive. La circulation peut se rétablir et la muqueuse reprendre son aspect normal.

Dans d'autres cas, ces lésions peuvent, sans se résoudre complètement, aboutir à une évolution chronique. L'appendicite chronique simple qui le plus souvent forme le substratum anatomique des appendicites à rechutes (Talamon) est en premier lieu caractérisée par l'épaississement, l'hypertrophie considérable des parois appendiculaires.

Cette hypertrophie, tout en portant sur toutes les couches; est surtout accusée dans la tunique musculaire; elle est peut-être la conséquence d'un fonctionnement exagéré de cette tunique et en rapport avec la présence de corps étrangers ou de produits de sécrétion accumulés dans la cavité de l'appendice. La séreuse est épaissie et adhérente aux anses intestinales et à l'épiploon qui de son côté adhère à la paroi abdominale. La cavité appendiculaire peut être normale et régulièrement calibrée; mais souvent elle présente des rétrécissements partiels avec dilatations en avant et en arrière, qui lui donnent la forme d'un chapelet, suivant l'expression de Kummel. Dans d'autres cas, et ce sont certainement les plus fréquents, l'inflammation catarrhale représente la première phase d'un processus suppuratif.

Les troubles de la circulation longtemps prolongés, altèrent la vitalité des parois de l'appendice; il s'y forme des abcès qui les érodent et les ulcèrent pour aboutir finalement à la perforation. Suivant l'intensité ou la rapidité de ce processus ulcéreux, nécrosique, on assiste à deux ordres de phénomènes: à une péritonite circonscrite, limitée, si des adhérences protectrices ont eu le temps de se produire, ou à une péritonite suraiguë, si le contenu septique de la cavité appendiculaire s'est déversé librement dans la cavité abdominale. Il existe cependant aussi des cas, heureusement rares, où malgré l'existence d'adhérences solides et épaisses (Reclus) la péritonite généralisée se déclare. Il s'agit probablement dans ces cas, d'une virulence particulière des agents infectieux pour lesquels il n'y a pas de barrières infran-

chissables. Quand le processus suppuratif reste localisé, le pus s'enkyste, s'entoure d'une coque solide de tissu conjonctif et la guérison spontanée peut survenir de deux manières différentes : soit par résorption, soit par perforation de l'intestin ou de la paroi abdominale. La perforation intestinale s'observe d'après Roux plus souvent sur l'intestin grêle, ce qui expliquerait l'absence de pus dans la première évacuation qui suit la crise favorable. L'ouverture intestinale provenant de la perforation guérirait très rapidement d'après cet auteur et les mouvements péristaltiques détruiraient bientôt toutes les adhérences. Ces perforations secondaires, rares chez l'enfant où la marche de l'affection est beaucoup trop rapide, peuvent se produire dans tous les organes.

Nous-même n'en avons relevé dans aucun de nos cas, mais elles ont été relatées par plusieurs auteurs. Ainsi Brun chez un garçon de 9 ans $1/2$ a observé une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation d'un abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante. Baginsky a vu un abcès pénétrer à travers le diaphragme dans la plèvre gauche et y produire un empyème; Schaefer chez une fillette de 7 ans a également observé une perforation de la plèvre; Sands a constaté chez deux garçons des perforations dans la vessie et le rectum; Salzer et Reuling dans la vessie; Bamberger dans le poumon; Zit dans le gros intestin et Cohen dans le vagin chez une fillette de cinq ans. L'ouverture de la collection au dehors également rare, peut donner lieu à des ulcérations fistuleuses multiples, à des suppurations prolongées. Elle a été

observée par Abadie Lagrave chez un enfant de 6 ans, chez lequel l'abcès venait à s'ouvrir dans la région épigastrique. Quant au second mode de guérison spontanée : la résorption de la collection circonscrite, elle est admise par les uns et niée énergiquement par les autres. Leyden, Renvers, Guttman qui ont pu constater à l'aide de la ponction exploratrice l'existence indiscutable d'un foyer purulent, ont vu celui-ci regresser progressivement jusqu'à la disparition complète de tous les signes physiques. Roux a aussi observé d'une manière indéniable, depuis le simple épaissement du pus jusqu'à la caséification, la calcification et l'entière disparition. D'un autre côté, Reclus et Sonnenburg disent avoir toujours rencontré du pus même dans les opérations les plus tardives, pratiquées de longs mois après le début. Que faut-il conclure de ces opinions divergentes ? Nous admettons pour notre part, que les foyers purulents peuvent se résorber dans certains cas, persister dans d'autres ; que le processus de résorption dépend d'influences encore mal connues, qui résident peut-être dans la moindre virulence de l'infection, dans la résistance plus grande de l'organisme, dans l'intégrité et le fonctionnement plus parfait de l'appareil circulatoire. Quoi qu'il en soit, cette terminaison par résorption est possible et nous l'avons relevé dans sept de nos cas, dont un (Obs. 75.) particulièrement net ; mais nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même de la guérison, qui dans ces conditions, n'est jamais complète. Quant à l'abcès appendiculaire, il ne siège pas toujours dans la région iliaque droite, vu la variabilité de la position et la mobilité de l'appendice. A côté du type clas-

sique iléo-inguinal, Gerster décrit un abcès pérityphlitique antérieur, se rapprochant davantage de l'ombilic. Reclus et Sonnenburg en ont vu des cas et Abadie-Lagrave l'a également observé chez un enfant de six ans. — L'abcès postérieur se développant en arrière vers la région lombaire, est relaté dans nos observations 67, 48, 39. Le type rectal ou pelvien dans les observations 5, 11, 24 33.

Les collections péri-appendiculaires peuvent encore gagner des régions où l'on ne songerait guère à rapporter à l'appendice l'origine des abcès. Le pus peut dans ces cas suivre deux voies différentes. Ou bien, il chemine transversalement à travers le bassin vers l'hypochondre gauche, ce qui a été observé dans nos observations 3, 45, 60, collection pouvant s'arrêter en route dans l'espace de Douglas et perforer le rectum, ce que Hale White a vu chez un garçon de 15 ans; ou bien, il se dirige entre les anses intestinales, le long du colon ascendant pour s'arrêter au-dessous du diaphragme.

On peut encore observer au cours de l'appendicite les signes de colite, d'infiltration catarrhale du cœcum. Une fois (Obs. 23) nous avons relevé que la tumeur était formée par le cœcum rouge et enflammé. Les perforations cœcales, beaucoup plus rares dans ces conditions, sont toujours secondaires et produites de dehors en dedans. Ce dernier fait serait bien prouvé d'après Sonnenburg par l'observation, que le maximum de la lésion se trouve sur la séreuse et que, en examinant les différentes couches de la paroi cœcale en allant de dehors en dedans, on rencontre finalement la muqueuse presque intacte. Matterstock sur 73 cas réunis dans la littérature, cite 4

fois l'ulcération et la perforation du cœcum. Nous-même avons noté 3 fois des perforation cœcales. Une fois (obs. 10) chez un garçon de 8 ans 1/2 chez lequel le cœcum présentait à sa face postéro-externe une perte de substance grosse comme une pièce de un franc; en même temps on trouva dans la cavité de l'abcès les débris sphacelés de l'extrémité terminale de l'appendice dont le reste adhérait au cœcum. Une fois chez une petite fille de 8 ans 1/2 (Obs. 17). Ici la perforation siégeait tout près de l'insertion de l'appendice; celui-ci, séparé de l'intestin et long de 5^m 1/2, plongeait dans une poche qui remplissait le petit bassin. Et une fois chez une fillette de 11 ans (Obs. 26). morte de péritonite généralisée. Ici le cœcum présentait une petite perforation située en dedans de l'appendice, tandis que ce dernier était intact. — On a également observé des lésions graves de *l'intestin grêle* au cours de l'appendicite chez l'enfant. Ainsi nous avons noté chez un petit garçon de 26 mois (Obs. 2) mort de péritonite généralisée pendant une rechute d'appendicite, trois perforations du grêle, siégeant à 8 cent. de la valvule iléo-cœcale et donnant libre issue aux matières intestinales. Chez un garçon de 5 ans 1/2 (Obs. 6) l'intestin grêle était entièrement retractoré sur une étendue de 40. cent. et présentait à ce niveau de larges plaques de sphacèle. Ici la gangrène était due à l'étranglement par une bride péritonéale. Dans l'observation 45, la partie inférieure de l'iléon était fortement congestionnée, violacée.

A côté des lésions inflammatoires, ulcéreuses et gangréneuses, on trouve dans plus de la moitié des cas des corps étrangers dans l'appendice. Ce sont rarement des corps

étrangers proprement dits, c'est-à-dire venus de dehors, mais presque toujours des concrétions stercorales, des entérolithes formées dans l'économie même. Leur grande fréquence dans la cavité du processus enflammé a été constatée par toutes les statistiques. Matterstock, Fitz, Roux, Maurin, Krafft sur un total de 760 cas en ont trouvé 450 fois. Toutes sont également d'accord sur ce point, que la fréquence des concrétions fécales emporte de beaucoup sur celle des autres variétés de corps étrangers.

Ces calculs, le plus souvent uniques, sont de forme allongée, de coloration brunâtre, de consistance dure. Ils sont disposés en couches concentriques autour d'un noyau généralement plus clair. Leur composition chimique se rapproche beaucoup de celle des fèces humaines. D'après Ribbert, les petits calculs seuls consistent essentiellement en matières fécales, les plus grands n'en contiennent qu'au centre, tandis que leur enveloppe est formée de mucus. Le mucus renferme une quantité plus ou moins grande de leucocytes dont les noyaux se colorent encore dans les couches extérieures. D'après cet auteur la production de mucus serait importante pour la croissance du calcul, pour son augmentation en épaisseur. Matterstock sur 49 autopsies d'enfants a trouvé 27 calculs stercoraux et 3 corps étrangers. Nous avons relevé 17 fois des calculs dans nos cas.

Quatorze fois les concrétions, grosses comme une lentille ou un pépin d'orange, furent trouvées enclavées dans l'intérieur de l'appendice plus ou moins en contact avec la perforation; deux fois, elle fut expulsée spontanément par le trajet du drainage et une fois on la ramena de l'intérieur

de l'abcès appendiculaire. Quant aux corps étrangers proprement dits, ils ont été notés plusieurs fois chez l'enfant. Fabre a trouvé chez une fillette de 3 ans un ascaris dans la cavité appendiculaire ; Balzer un haricot vert ; Mertens un calcul dont le centre était formé par un noyau de cerise ; Paterson des poils, formant le milieu d'une concrétion. Cernea a vu un noyau de cerise sortir par une fistule stercorale qui persistait depuis un an ; Peterson, cité par Schaefer, a trouvé à l'autopsie d'un enfant de 4 ans 1/2, mort de péritonite généralisée, suite d'appendicite perforante, 2 calculs, et au centre du plus grand, une aiguille longue de 1/2 cent. ; Servive un pépin d'orange ; Rehn chez une fillette qui pendant longtemps avait été soumise au traitement de phosphate de chaux trouva l'intérieur de l'appendice tapissé d'une couche calcaire épaisse ; Bamberger chez un enfant, mangeur de craie, a vu un calcul formé de 80 0/0 de craie. Moriarttra une épingle ordinaire dont la pointe avait perforé la paroi.

Histologie pathologique. — L'examen microscopique de nos pièces a permis de constater dans tous les cas des lésions analogues, c'est-à-dire des lésions inflammatoires portant sur toutes les couches de la paroi appendiculaire. La séreuse et la sous-séreuse notablement hypertrophiées étaient remplies de globules blancs. Les deux couches musculaires lisses dissociées par les phagocytes qui en isolaient les fibres. Le chorion considérablement épaissi et distendu par des cellules lymphatiques ; l'épithélium desquamé par larges places ; les follicules clos déformés, hypertrophiés, et gorgés de phagocytes du type classique, à gros noyaux bourgeonnants. Les vaisseaux

présentaient des lésions de péri-et endoartérite, de péri-et endophlébite. Les glandes étaient dans certains cas assez bien conservées. L'épaississement portait dans 2 cas surtout sur la muqueuse, de sorte que les parois internes arrivant à se toucher et ayant perdu leur épithélium, se soudaient et oblitéraient l'orifice. Cette oblitération siégeait au bout cœcal de l'appendice. L'examen bactériologique des pièces n'a laissé voir dans les culs-de-sac glandulaires que quelques diplocoques et cocci de nature indéterminée.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

L'appendicite paraît causée dans la grande majorité des cas, ainsi que le démontre l'étude de l'anatomie pathologique, par la présence dans la cavité appendiculaire de corps étrangers autochtones ou venus de dehors. Avant d'étudier le mécanisme de formation et d'action de ces corps et de montrer, comment ils arrivent à produire l'inflammation de l'appendice avec ses conséquences ultérieures, nous devons passer en revue les autres théories pathogéniques. Prenons d'abord celle de l'appendicite infectieuse aiguë, due comme l'admettent les défenseurs de cette théorie, Poncet, Margery, à la résorption des produits toxiques, secrétés par le coli-bacille ; résorption qui serait favorisée par l'obturation de l'orifice cœcal de l'appendice sous l'influence d'un état inflammatoire. Cette pathogénie ne saurait être invoquée pour les formes les plus rares de l'appendicite, ces formes, qui sont accompagnées d'emblée de péritonite septique diffuse et dans lesquelles l'appendice ne présente ni ulcération ni perforation, mais simplement des lésions d'inflammation catarrhale. Margery dans sa thèse inaugurale a étudié ces formes dont il donne neuf exemples. Poncet, Tuffier et Rouville, l'ont aussi observées ; de même Perret chez une fillette de six ans. Bien que Margery fasse de l'obturation de l'orifice appen-

diculaire une des conditions nécessaires de l'infection par résorption, il ne l'a constaté dans aucun de ses cas.

Ceci nous amène à la théorie de l'appendicite par cavité close, qui a été émise pour la première fois par Talamon en 1882 et reprise tout récemment par M. Dieulafoy. Cette théorie prétend, que l'appendicite est *toujours* le résultat de la transformation du processus vermiciformis en vase clos. « Cette transformation constituée, les symptômes de l'appendicite éclatent. Les microbes de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence, et ce foyer d'infection peut non seulement entraîner tous les accidents péritonéaux graves, mais aussi la mort sans lésions péritonitiques, du fait même de l'appendicite ». L'objection principale qui a été faite à cette théorie par Poncet, Laveran et Brun, c'est, qu'elle confond l'effet avec la cause. La transformation de l'appendice en cavité close quand elle existe — car elle est loin d'accompagner toujours l'appendicite — est non pas la cause mais l'effet de l'inflammation appendiculaire (Laveran). Nombre de faits démontrent la logique et le bien fondé de cette dernière formule.

L'oblitération physiologique ou pathologique de l'appendice a été signalée fréquemment par les auteurs. Pour la première variété, Lafforgue (1) en cite des exemples et Ribbert (2) en a fait le sujet d'une étude portant sur plus de 450 cadavres de tout âge. Sur ce nom-

1. Lafforgue, Thèse de Lyon, 1893.

2. Ribbert, *Archiv. für pathologische Anatomie* (Virchow), 1893, p. 66.

bre, l'auteur allemand a trouvé 99, dans la proportion de 25 0/0, une oblitération partielle ou totale. L'oblitération siégeait presque toujours à l'extrémité libre de l'appendice et offrait des caractères histologiques typiques, identiques dans tous les cas; elle serait produite par la fusion du tissu conjonctif de la muqueuse, précédée ou accompagnée de la disparition des glandes. Ribbert interprète ce phénomène dans le sens d'un processus d'involution physiologique; car il présente le maximum de fréquence (58 0/0 de 70 à 80 ans sur 4 0/0 seulement de 1 à 10 ans) dans l'âge avancé, et il coïncide avec la diminution de longueur, avec l'atrophie de l'organe.

D'un autre côté le même auteur a observé, mais dans des cas rares (6 fois) l'oblitération dans la continuité de l'appendice qui avait entraîné la formation de kystes appendiculaires. Cette oblitération, plus importante au point de vue pathologique, car elle peut produire la dilatation kystique de l'organe, serait toujours l'expression d'un ancien processus inflammatoire de la muqueuse appendiculaire.

Ces kystes à contenu muqueux ont été trouvés maintes fois à l'autopsie de sujets morts d'une maladie intercurrente; ce qui prouve d'une façon nette, « que le vase clos » ne constitue pas nécessairement un foyer d'infection avec « pullulation et exaltation de virulence des microbes. » La dilatation kystique peut atteindre des dimensions considérables. Virchow en a vu de grosse comme un poing. Guttmann à l'autopsie d'une femme de 70 ans,

a trouvé un cas remarquable d'hydrops processus vermiformis : un appendice long de 14 centimètres, large de 21 centimètres au niveau de son plus grand diamètre et rempli d'un liquide séreux.

D'après cet auteur, l'hydropisie appendiculaire se produit lors de l'oblitération de la lumière de l'appendice en un point quelconque. Cette oblitération peut être mécanique, causée par un calcul ou par des brides fibreuses cicatricielles, reliquat d'une péritonite chronique de voisinage.

Dans d'autres cas elle est le résultat d'une inflammation chronique de la muqueuse avec fusion des parois internes au point malade. L'oblitération produite, la transformation en « cavité close » une fois constituée, les produits de sécrétion s'y accumulent, la cavité appendiculaire se dilate progressivement et la sécrétion perdant avec le temps ses caractères normaux, devient franchement séreuse. D'après Matterstock (1) le processus ulcéreux de la muqueuse appendiculaire peut rétrograder dans certains cas, soit par formation de cicatrices, soit par oblitération partielle ou totale de la cavité. La partie de l'appendice située en arrière du point oblitéré pourrait alors se transformer en kyste. Bierhoff (2) rapporte également six cas de kystes appendiculaires à contenu muqueux, constatés tous accidentellement à l'amphitéâtre. Pour cet auteur encore.

1. Matterstock : *Gehrhard's Handbuch der Kinderkrankheiten*, vol. 4, p. 899.

2. Bierhoff : *Deutsches Archiv fuer klinische Medizin* 1880, t. 27, p. 253.

L'oblitération de l'appendice n'est que la conséquence d'un processus ulcéreux chronique de la muqueuse, processus pouvant aboutir par suite du développement de tissu cicatriciel, soit à la stricture, soit à l'oblitération de l'appendice. Cette dernière serait caractérisée au point de vue histologique par la fusion de la muqueuse ayant perdu son épithélium. C'est exactement ce que nous a révélé l'examen microscopique de deux de nos pièces où l'oblitération existait (obs. 75 et 77). Mais l'obturation de la lumière dans la continuité de l'appendice n'est pas nécessairement suivie de la transformation kystique de l'organe. Cette dernière dépendrait de l'état d'intégrité de la muqueuse. Tant que celle-ci n'aurait pas subi une dégénérescence accusée, la résorption intense dont l'appendice est le siège, empêcherait l'accumulation des produits de sécrétion. D'autre part, sous l'influence de troubles de circulation ou d'une irritation émanant des agents infectieux emprisonnés dans la cavité appendiculaire — le contenu muqueux de cette dernière peut devenir purulent.

Mais ces cas là ne sont pas fréquents. Roux (1) sur 95 pièces n'a observé que deux fois de l'empyème de l'appendice. Fowler (2) a tout récemment résequé un appendice empyémateux au cours d'une troisième attaque d'appendicite. Cet appendice réalisait le type le plus parfait d'une cavité close. Or voilà comment l'auteur anglais interprète l'oblitération que l'on y constatait : « the lumen was shut off from the cavity of the cœcum by the presence

1. Roux, Dixième congrès français de chirurgie, 1895.

2. Fowler, *Remarks upon a case of Empyema of the vermiform appendix*, Medical Record, novembre 1896, p. 673.

of a structure, the result of a previous attack » (la lumière était interrompue au niveau de la cavité du cœcum par l'existence d'une stricture, résultat d'une attaque antérieure. Senn (1) qui a rencontré cinq fois l'oblitération de la cavité appendiculaire au cours de l'appendicite chronique en décrit une variété particulière « appendicitis obliterans ». Cette forme de l'appendicite récidivante serait relativement fréquente et d'après l'auteur le processus oblitérant, présentant une tendance progressive, peut se terminer par l'oblitération totale de la cavité et la transformation de l'appendice en cordon fibreux. Cependant ce mode de guérison serait rare. Fenger (2), Morton (3) et Renvers (4), signalent également des oblitérations partielles ou totales des appendices enlevés au cours de rechutes d'appendicite. Le dernier, à l'autopsie de 13 sujets ayant eu d'attaques multiples dont ils avaient finalement guéri, a constaté dans presque tous les cas l'oblitération complète de l'organe.

Quant à la fréquence des oblitérations post-inflammatoires et mécaniques, les dernières nous paraissent rares et les premières ne sont pas non plus très fréquentes. Roux sur 95 cas n'a trouvé que 6 fois une oblitération centrale, tous les autres appendices étaient perméables.

1. Senn, *Appendicitis obliterans*, *Journal of the American Medical Association*, mars 1894, p. 403.

2. Fenger : *Remarks on appendicitis*, *American Journal of Obstetrics*, août 1893, p. 161.

3. Morton, *Medical and surgical Reporter*, décembre 1893.

4. Renvers, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1891. N° 5 p. 177.

Brun sur 20 appendices réséqués n'a constaté que deux fois une oblitération ; dans 7 autres cas, cet auteur n'a découvert ni corps étrangers, ni rétrécissements « que l'on aurait pu rendre responsable d'une obturation de la cavité. » Tuffier sur 54 cas, a presque toujours trouvé l'appendice perméable. Sur toutes les pièces de M. Broca au nombre de 38, provenant soit de résections, soit d'autopsies, il n'y avait que 3 fois une oblitération inflammatoire (Obs. 9, 75, 77) dont 2 sur des appendices enlevés au cours de rechutes d'appendicite. 2 fois il y avait des rétrécissements dus à la torsion exagérée de l'appendice (Obs. 56 et 76). Les autres étaient perméables, quelquefois même dilatés malgré la présence de calculs dans leur intérieur (Obs. 15 et 79). Poncet sur 15 appendices enlevés par lui n'a pas trouvé d'oblitération.

M. Dieulafoy fait jouer aux corps étrangers le plus grand rôle dans le mécanisme de l'oblitération et de la transformation de l'appendice en vase clos. Or, dans nombre de cas où la présence de corps étrangers dans la cavité appendiculaire coïncidait avec les phénomènes d'appendicite nécessitant une intervention, cette cavité fut trouvée dilatée et perforée et dans d'autres cas non moins fréquents, la présence des calculs même volumineux (Obs. 79, 18 et 62) n'a déterminé aucune interruption de la lumière appendiculaire. Ces faits prouvent, que le processus inflammatoire et perforant peut évoluer en absence même de tout rétrécissement de l'appendice.

Pour soutenir sa théorie de l'appendicite par cavité close chez l'homme, et la faire admettre comme la seule vraie, M. Dieulafoy s'appuie sur les expériences de Klecki

et de Roger et Josué. Le premier produit chez un chien l'étranglement d'une anse intestinale. En sacrifiant l'animal 24 heures après, l'anse n'est pas perforée et la péritonite existe; d'après M. Dieulafoy, parce que l'anse a été transformée en « cavité close ». Les seconds pratiquent d'abord la ligature de l'appendice chez le lapin après avoir injecté dans sa cavité quelques gouttes d'une culture violente de coli-bacille. Les animaux succombent en 15 jours, et l'on trouve à l'autopsie une appendicite avec péri-appendicite. Puis ils ont reconnu qu'il était inutile d'injecter des microbes pour produire l'appendicite. Ils pratiquent la ligature aseptique de l'appendice, 3 mois après l'animal est sacrifié, et l'on voit que l'appendice est transformé en une poche kystique, renfermant un pus, épais qui contient le *B. coli* à l'état de pureté. Ils en concluent, « que l'obstruction aseptique suffit pour amener une inflammation suppurative en transformant le coli-bacille inoffensif de l'intestin en agent pathogène ». Rouville a tout dernièrement publié des expériences analogues. Entre autres, introduisant un morceau de laminaire dans l'appendice de lapin, il trouve à l'autopsie qu'il n'y a d'appendicite, qu'autant que la laminaire obture complètement la lumière de l'organe, réalisant ainsi la cavité close.

Mais ces expériences, tout en démontrant que dans l'appendicite artificielle c'est l'expérimentateur qui produit l'occlusion de la cavité appendiculaire, n'expliquent point le mécanisme de l'oblitération préinflammatoire dans l'appendicite clinique. Nous admettons donc, et ce sont là des conclusions qui se dégagent des faits cités

plus haut, que l'oblitération mécanique, calculeuse de l'appendice est très rare; que l'oblitération anatomique est dans la grande majorité des cas, sinon toujours, le résultat d'un processus ulcéreux chronique de la muqueuse; que dans certains cas cette oblitération peut donner lieu à un empyème de l'appendice avec symptômes d'appendicite, tandis que dans d'autres cas, les plus fréquents, elle ne produit que la transformation kystique de l'organe sans aucun symptôme morbide.

Revenons maintenant à l'étude du mécanisme de formation et d'action des calculs stercoraux, la cause la mieux connue et la mieux démontrée de l'appendicite.

L'appendice à l'état normal ne contient ordinairement pas de grandes quantités de particules fécales. Deux causes peuvent expliquer ce fait. Soit, que les matières du cœcum arrivent difficilement dans l'appendice, défendu contre cette invasion par son étroitesse et la valvule de Gerlach, soit que le processus vermiciformis s'en débarrasse aussitôt après leur arrivée, grâce au fonctionnement parfait de sa musculature, comme l'admet Klebs. La condition nécessaire de la formation des calculs réside pour Ribbert, et cela est également notre opinion, dans la pénétration d'une plus grande quantité de matières dans la cavité appendiculaire. Ceci étant donné, on n'a pas absolument besoin, comme le fait remarquer l'auteur allemand, de moments étiologiques particulièrement prédisposants pour expliquer la genèse des concrétions. Il existe pourtant certaines conditions pathologiques et mécaniques pouvant favoriser leur formation. C'est ainsi que des particules fécales ayant pénétré dans l'appendice

et n'en étant pas expulsés, la rétention se fait; ces matières s'épaississent avec une rapidité toute particulière par résorption de leurs éléments liquides — Bierhoff insiste déjà sur l'importance de cette résorption dans l'appendice — ils se concrètent alors et se transforment en calculs durs, qui sous cette forme deviennent les agents de compression des parois appendiculaires avec leurs conséquences ultérieures. Parmi les causes qui peuvent favoriser le développement de calculs, il y en a qui agissent en diminuant la contractilité des parois musculaires de l'appendice, provoquant ainsi d'une part la pénétration plus facile des particules fécales dans sa cavité, en rendant d'autre part le rejet plus difficile. Mais cette parésie musculaire intestinale, dépendance de troubles intestinaux divers: de la colite chronique glaireuse, qui d'après Jules Simon jouerait un grand rôle dans l'appendicite du jeune âge — de la constipation habituelle ou de la diarrhée, ne nous paraît pas ici d'une grande valeur. Nous l'avons noté trop rarement dans les antécédents de nos malades, qui dans la grande majorité des cas furent frappés en pleine santé — pour en faire un facteur étiologique important. La constipation est notée 4 fois dans nos observations; 1 fois il y avait depuis un an des alternatives de constipation et de diarrhée; 1 fois une constipation depuis 4 ans; 1 fois de temps à autre un peu de constipation; 1 fois une diarrhée chronique. De même Jacob a noté des selles régulières jusqu'au début des accidents. D'un autre côté Fitz sur 257 cas d'appendicite mortelle a trouvé 15 fois la constipation, Rochaz 15 fois sur 65 cas d'appendicite calculeuse; Leguern 8 fois sur 71 cas.

La rétention des matières fécales et partant la formation des calculs chez l'enfant paraît surtout favorisée par des causes mécaniques. Ici nous nous rangeons à l'opinion de Matterstock. La valvule de Gerlach à l'embouchure de l'appendice dans le cœcum est particulièrement développée chez les sujets de 4 à 20 ans ; aussi joue-t-elle certainement un rôle dans ce processus de rétention, quoique à notre sens un rôle moins grand, que ne le pense cet auteur. Mieux démontré et plus important nous paraissent les déviations, les coudures de l'appendice et sa longueur exagérée. La disposition anormale a été notée à plusieurs reprises par les auteurs. Einhorn l'a trouvée 40 fois sur 65 cas ; mais, comme le fait remarquer avec juste raison Talamon, les positions normales du processus vermiciformis sont tellement variables, qu'il est difficile de dire, qu'elle est la déviation qui favorise plus particulièrement son inflammation. Les torsions, coudures, flexuosités et entortillements de l'appendice, si fréquents chez l'enfant exposent-on le conçoit facilement — à la rétention, aux troubles de la circulation et aussi à la récurrence.

Un bel exemple de ce genre où la récurrence a été produite de la façon la plus nette par une coudure très accusée du processus vermiciformis est fourni par un cas de Trèves. Cet auteur trouva une coudure à angle droit de l'appendice. Après libération des adhérences et redressement de l'organe, le contenu de ce dernier put être chassé dans le cœcum. L'appendice fut fixé en position droite à ce dernier et les récurrences, autrefois si fréquentes ne se reproduirent plus. — Nous avons eu également deux exemples remarquables de torsion exagérée de l'appen-

dice ; un, dont l'observation et le dessin ont été publiés par M. Broca (1) et qui correspond à notre observation 75 et l'autre (Obs. 45) (voir le dessin) où l'appendice était enroulé en véritable cor de chasse, faisant un tour de spire complet. La longueur exagérée du processus vermiformis peut également provoquer la rétention : une fois nous avons noté une longueur de 15 cm. (Obs. 29). — D'autres causes *étiologiques* prédisposantes sont l'âge, le sexe, le régime alimentaire.

Age. — Toutes les statistiques concordent sur le fait de la fréquence extrême de l'appendicite dans la première moitié de la vie. Einhorn seul arrive à des conclusions toutes opposées. L'affection est très rare dans la première enfance, mais les cas deviennent nombreux à partir de 10 ans. La plus ancienne statistique de Bamberger ne cite que 2 cas au dessous de 2 ans. Matterstock sur 72 cas compte 2 au dessous de 2 ans, 10 entre 2 et 5 ans ; 25 entre 5 et 10 et 35 entre 10 et 15 ans. Nous avons 5 cas de 2 à 5 ans ; 33 cas de 5 à 10 et 41 de 10 à 15 ans. Le maximum de fréquence est évidemment à partir de 10 ans. Les cas d'appendicites les plus précoces sont peut-être celui de *Fenger* cité par Talamon, où il s'agissait d'un enfant de 7 semaines, à l'autopsie duquel on trouva une péritonite diffuse et un appendice dilaté et rempli de concrétions dures ; celui de *Demme*, qui diagnostiqua une pérityphlite chez une fillette de 7 semaines, nourrie trop précocement de bouillie ; celui de *Silbermann* chez un enfant à la dernière période de lactation ; de *Monks* chez

1. *Gazette hebdomadaire*, octobre 1896.

chez un garçon de 13 mois, où l'appendice enflammé et fixé dans le scrotum, donna lieu à un abcès intra-scrotal et celui de *Summers*, qui chez un enfant de 22 mois atteint d'appendicite avec péritonite suppurée, fit l'appendicectomie et obtint la guérison.

Sexe. — La prédominance de l'appendicite dans le sexe masculin est un fait également démontré par toutes les statistiques, mais dont les causes nous échappent complètement. Les proportions seraient d'après Bamberger de 79 0/0 pour les hommes, de 21 0/0 pour les femmes ; d'après Fitz de 80 0/0 pour les hommes, de 25 0/0 pour les femmes, et d'après Pravaz de 75 0/0 pour les hommes et de 25 0/0 pour les femmes.

Les mêmes proportions s'observent chez les enfants. Matterstock compte 21 filles et 51 garçons ; Jacob 8 filles et 21 garçons et nous 21 filles et 58 garçons. Cette prédilection est un point étiologique difficile à éclaircir. Rien dans la structure de l'organe ne l'explique et les calculs sont aussi nombreux dans les appendices de l'un que de l'autre sexe. Peut-être faut-il comme le pense Robinsohn, attribuer une certaine importance aux rapports qu'affecte le processus vermiciformis avec le muscle psoas. Le domaine d'action du psoas étant plus étendu et son fonctionnement physiologique plus considérable chez l'homme, l'appendice en subit plus facilement le contre-coup. Ce serait alors une sorte de traumatisme physiologique prolongé qui ferait ainsi de l'organe un lieu de moindre résistance.

L'hérédité paraît jouer un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite. On est même allé si loin d'en admet-

tre une forme spéciale, l'appendicite familiale. Faisans (1) Brun, Routier (2), Jalaguier, Quenu, Tuffier et Roux citent des exemples où plusieurs membres d'une même famille étaient atteints d'appendicite, ou sont morts d'accidents péritonéaux imputés à l'appendice. L'explication de ce fait se trouve d'après les uns dans la transmission d'une malformation héréditaire de l'appendice (Roux, Tuffier) ; d'après les autres (Poncet) dans la prédisposition des membres d'une même famille à l'infection. Sur tous nos cas nous n'avons relevé qu'une seule fois (Obs. 67) le caractère familial de l'appendicite. Un frère aîné de notre petit malade était entré le même jour à l'hôpital Tenon pour des accidents péritonéaux analogues.

On a encore invoqué comme cause prédisposante de l'appendicite le *régime alimentaire*. Une alimentation indigeste, trop abondante, surtout végétale, paraît jouer un rôle dans la fréquence de l'appendicite dans certaines contrées : la Sibérie orientale, l'Angleterre, et surtout l'Ecosse, où le pain d'avoine constitue l'aliment ordinaire. Steiner, cité par Einhorn, a montré que dans presque toutes les concrétions fécales se trouvent des fibres végétales, c'est-à-dire des substances ayant résisté à l'action du suc gastrique. Une seule fois nous avons trouvé dans les antécédents personnels d'un petit malade la mention de « gros mangeur ». Les maladies antérieures ne paraissent pas jouer un rôle prédisposant à l'appendicite.

1. Faisans. *De l'appendicite familiale*. Soc. méd. des Hôpitaux, février, 1896, p. 229.

2. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, janvier 1896 p. 66,

Elles agissent en débilitant l'organisme et en affaiblissant sa force de résistance. Outre les affections spéciales à l'enfance : rougeole et coqueluche, nous n'avons pas trouvé d'antécédents pathologiques particuliers chez nos malades.

Il nous a paru intéressant de rechercher l'influence des saisons sur la fréquence de l'appendicite chez l'enfant et nous avons constaté que les cas les plus nombreux se présentaient pendant les mois d'été et d'automne, ainsi que le démontre le tableau ci-joint :

Janvier	février	mars	avril	mai	juin
2	5	3	6	9	7
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
13	5	11	9	3	6

On voit que les cas se relèvent en mai, juin et surtout juillet, mois de fruits à petites graines ou à noyaux petits (fraises, groseilles, cerises), pour retomber en août, mois de fruits à gros noyaux (prunes et abricots), puis se relèvent de nouveau en septembre et octobre, mois de fruits à pépins (raisins, pommes, poires). Bien que ces chiffres ne soient pas assez démonstratifs pour faire de l'influence saisonnière un facteur étiologique important, ils montrent cependant le rôle des indigestions, favorisées ici par l'ingestion probablement abondante des « primeurs de la saison ». Parmi les causes occasionnelles de l'appendicite, il est à citer l'indigestion, le froid, et surtout les traumatismes. L'indigestion a été relevée deux fois dans nos observations. Une fois le malade habituellement constipé, avait mangé, avant le début des accidents, une quan-

tité considérable de raisins, et une fois c'étaient des débris de salade qui avaient été ingérés en masses. Des cas de ce genre seraient assez fréquents chez les enfants anglais pendant les fêtes de Noël. Burne, cité par Matterstock, raconte l'histoire d'un garçon, qui tombe malade après l'ingestion abondante de *mince pie*, gâteau de Noël très en vogue en Angleterre et que l'on mange en abondance pendant les jours qui précèdent les fêtes, car on croit que le nouvel an apporterait autant de jours heureux qu'on a mangé de gâteaux. Le *froid* a été trouvé quatre fois chez Rochaz comme point de départ des accidents. Dans nos observations il est relevé trois fois comme ayant précédé le début.

Les traumatismes jouent sans doute un grand rôle parmi les causes occasionnelles de l'appendicite. Ce sont ces violences extérieures : coups, chutes, exercices musculaires violents, qui achèvent l'œuvre funeste commencée sous l'influence irritante des concrétions et préparée par l'action non moins funeste de la prolifération bactérienne. Les traumatismes agissent, soit en augmentant la pression intra-abdominale : port de fardeau, fatigues, jeux de corde, etc., soit directement : coups, chutes. Homans cite le cas d'une fillette de 8 ans, chez laquelle une chute avait précédé la perforation. Marsh, un garçon de 7 ans, mort d'une pérityphlite à la suite d'un coup sur le ventre. Soltmann a vu une pérityphlite mortelle se produire immédiatement après des exercices de gymnastiques. Fabre raconte le cas d'une jeune enfant, qui, portant un lourd panier de linge, fut prise d'une douleur atroce au moment où elle le déposait

par terre. Les douleurs furent rapidement suivies de tous les phénomènes de pérityphlite.

Tiplady cite le cas d'un enfant de 6 ans qui, en jouant, était monté sur le dos d'un camarade, quand celui-ci fit un faux pas et tomba en arrière. L'enfant ayant souffert et de sa chute et du poids de son camarade, présentait immédiatement après, les symptômes d'appendicite perforante grave qui furent suivis au bout de quelques jours de péritonite généralisée.

Moriarta relate l'observation d'un garçon de 14 ans ayant reçu d'un ami un coup dans le flanc droit. Le lendemain se montrent des phénomènes d'appendicite. On resèque l'appendice, et dans son intérieur on trouva une épingle, dont la pointe avait perforé la paroi. Le garçon avoua qu'il avait avalé une épingle il y a un an. Cette dernière logeait donc dans l'appendice pendant tout le temps, sans avoir provoqué de troubles jusqu'à ce que le traumatisme survint.

Nous avons noté 8 fois dans nos observations le traumatisme comme cause déterminante de l'appendicite. Il nous semble que les conséquences de ces violences extérieures soient d'autant plus graves, que le traumatisme a été plus direct, car dans ces cas il peut se produire non-seulement la perforation du processus vermiformis, mais aussi la déchirure des adhérences. Ainsi dans l'observation 13 il s'agit d'un garçon de 8 ans, qui dans la journée reçoit d'un autre enfant un coup de pied dans le ventre. Le soir même éclatent les symptômes d'appendicite grave et l'enfant succombe au bout de trois jours à une péritonite généralisée. L'appendice était largement perforé.

en deux endroits. Dans l'observation 55, c'est une fillette de 9 ans 1/2, qui est gratifiée par une de ses camarades, d'un coup de poing dans le côté droit de l'abdomen. Dès le lendemain apparaissent les signes de péritonite diffuse. L'enfant opéré meurt trois jours après et l'on trouve l'appendice perforé. Une fois (Obs. 46), les accidents se sont produits chez une jeune fille de 14 ans à la suite d'un effort de défécation. Huit jours après le début des symptômes, l'on ouvre une collection iliaque au milieu de laquelle se trouve l'appendice ulcéré, friable, se rompant sous le doigt. Dans les observations 28 et 67, ce sont des chutes qui ont été le point de départ des accidents. Dans l'observation 31, c'est un garçon de 11 ans chez lequel surviennent dans la nuit les symptômes d'appendicite ; dans la journée l'enfant avait beaucoup marché et monté nombre d'escaliers. On l'opère six jours après et l'on trouve un appendice perforé. L'observation 68 enfin, est un exemple de traumatisme thérapeutique que peuvent produire même les purgatifs réputés « doux ». Un garçon de 13 ans, habituellement assez constipé, mais n'ayant jamais souffert du ventre, est purgé par sa mère avec de l'huile de ricin. Dès que le remède commence à agir, l'enfant se plaint de douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen. Quatre jours plus tard, il meurt de péritonite généralisée.

FORMES CLINIQUES

La plupart des auteurs : Talamon, Ricard, Reclus, Sonnenberg et d'autres admettent plusieurs formes cliniques de l'appendicite. Ils font une distinction marquée entre les coliques appendiculaires, l'appendicite simple, catarrhale, l'appendicite perforante avec pèrtonite enkystée et l'appendicite perforante avec pèrtonite généralisée. Avec Roux, Kummel et Trêves, nous ne reconnaissons aucune importance pratique à cette division ; nous nous rangeons plutôt à l'opinion de Sahli, d'après lequel les premières formes citées ne sont que des degrés différents de la même maladie suivant le plus ou moins de virulence. Aussi nous n'admettons pour l'enfant que les deux dernières formes, comme étant seules diagnostiquables : l'appendicite aiguë avec pèrtonite suppurée enkystée et l'appendicite perforante avec pèrtonite purulente généralisée, ou avec pèrtonite septique diffuse. En effet, il est cliniquement fort difficile, sinon impossible, de savoir si l'on a affaire à une inflammation catarrhale simple, ou à une appendicite ulcéreuse, perforante. Les cas sont nombreux, où l'opération fit constater les lésions les plus avancées de destruction nécrotique de l'organe et où la clinique ne révélait que des symptômes très légers, nullement en rapport avec les faits anatomiques. Et on a observé inversement

des cas, où le tableau de péritonite suppurée progressive que présentait le malade, imposait le diagnostic d'appendicite gangréneuse, tandis que l'autopsie ne démontrait que des lésions inflammatoires simples. Des exemples de ces cas d'appendicite aiguë infectieuse avec péritonite généralisée ont été cités par Roux, Terrillon, Poncet et Margery, Tuffier et Rouville, et ont été observés chez l'enfant par Perret. Ce dernier rapporte le cas d'une fillette de six ans, qui, ayant présenté depuis dix jours des douleurs de ventre localisées à droite, de la céphalée et du malaise général, entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. A l'autopsie on trouva bien des fausses membranes et du pus partout, mais l'appendice, le corps du délit, était simplement dilaté, tuméfié, sans trace d'ulcération et de perforation. Ces observations prouvent donc, que l'anatomie pathologique ne s'accorde pas toujours avec les faits cliniques et que les divisions multiples dont nous avons parlé, doivent être regardées comme purement théoriques. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous n'admettons dans notre description que deux formes d'appendicite chez l'enfant : l'une, relativement bénigne, s'accompagnant de péritonite enkystée et pouvant guérir spontanément, mais rarement, soit par résolution, soit par perforation secondaire ; l'autre, grave, accompagnée ou suivie à brève échéance de péritonite généralisée et aboutissant presque fatalement à la mort. Nous donnerons également une courte description spéciale de l'appendicite à rechute, en raison de son importance, quoique nous considérions cette modalité plutôt comme un syndrome clinique, que comme une forme spéciale.

L'inflammation catarrhale simple, déterminée par la présence d'un calcul dans l'intérieur de l'appendice ou par une autre cause, peut se manifester chez l'enfant dans certains cas par des symptômes légers, une sensation de gêne, de malaise dans la région iléo-cœcale, un endolorissement vague du ventre avec troubles intestinaux passagers. Mais ces sensations peu nettes passent inaperçues neuf fois sur dix, et il faut qu'elles soient longtemps prolongées, qu'elles compromettent sérieusement l'état général, pour que les parents viennent consulter. Les cas qui forment l'immense majorité chez l'enfant, sont ceux, où les processus inflammatoires et ulcéreux évoluent insidieusement, où l'appendice contracte des adhérences avec les organes voisins sans déterminer la moindre souffrance, sans éveiller l'attention du malade jusqu'au moment où survient la perforation, accompagnée de l'orage péritonéal. A côté de ce fait qui se dégage nettement de l'étude de nos observations, il en ressort encore un autre, non moins net : c'est la gravité particulière de l'affection chez l'enfant, la fréquence des perforations et de la gangrène de l'appendice, sur laquelle insistait déjà Parker et Villard, et l'évolution rapide et bruyante des symptômes. Les perforations de l'appendice en plein péritoine sans formation préalable d'abcès, ne sont pas non plus très rares ; elles ont été rapportées par Hénoc, Soltmann, Symphon, et nous en avons relevé plusieurs cas. Le tableau clinique auquel donnent lieu ces formes est dans la grande majorité des cas très net et permet presque toujours un diagnostic exact. Le début est généralement brusque, d'une brutalité toute caractéristique. Une vio-

lente douleur aiguë surprend l'enfant le plus souvent en pleine santé, au milieu des jeux, après un repas; au moment du réveil ou en pleine nuit; dans des cas plus rares, après un état prémonitoire plus ou moins long et caractérisé par quelques troubles gastro-intestinaux vagues, des malaises indéterminés et de l'endolorissement du ventre sans localisation. La douleur, accompagnée ou non de frissons, débute, ou dans la fosse iliaque droite — ce qui est la règle — ou à l'épigastre ou dans le flanc gauche, s'irradie dans tout l'abdomen, mais se cantonne bien vite au point de départ: dans la région iléo-cœcale droite. Chez les tous jeunes enfants le début peut être marqué par des convulsions (Obs. 4).

Puis surviennent des vomissements alimentaires ou bilieux qui manquent rarement et qui peuvent se répéter plusieurs fois. En même temps l'on observe de l'anorexie, une soif vive, de la constipation ou de la diarrhée, moins fréquemment de la céphalée. L'élévation de la température existe dans tous les cas, mais elle n'est pas considérable, dépassant rarement 39° et oscillant d'ordinaire entre 38° et 39°. L'aspect des petits malades est très altéré, la figure pâle, anxieuse, les yeux cernés, la langue saburrale; quelque fois il y a une légère dyspnée. L'abdomen est sensible, plus ou moins tendu, ou météorisé. Malgré la contraction des muscles abdominaux qui s'oppose à tout examen profond, il est toujours possible de constater que le maximum de la douleur siège à droite. L'attitude des enfants est caractéristique. Ceux qui peuvent marcher et qui viennent à pied à l'hôpital, arrivent pliés en deux, le tronc incliné à droite, le bassin fléchi sur la cuisse,

démarche qui ressemble dans ses grands traits à celle des coxalgiques. Au lit les enfants gardent le décubitus dorsal et ici encore, on peut constater la contraction de la cuisse droite.

Dans certains cas très rares — nous ne les avons rencontrés dans aucune de nos observations — on observe des troubles de sensibilité, des fourmillements dans le membre inférieur, dûs à la compression d'un tronc nerveux par la collection. — Trente-six ou 48 heures après le début aigu, il est le plus souvent possible, d'obtenir par la palpation de la région iléo-cœcale, une sensation d'empatement profond. Le signe de Roux, qui consiste dans l'infiltration du cœcum, offrant au toucher les caractères d'un carton mou, trempé dans de l'eau chaude, signe qui serait constant et apparaîtrait 48 heures après la perforation, n'est ni constant, ni fréquent. Mais on peut déjà sentir au bout de 2 ou 3 jours, — à moins qu'il n'y ait un ballonnement considérable — une tumeur plus ou moins régulière, le plus souvent mal délimitée, située profondément, immobile, mate à la percussion, ou donnant un son hydroaérique quand il y a des gaz dans la collection. Si l'évolution de cette forme se fait dans le sens d'une guérison spontanée, les douleurs s'atténuent graduellement : la douleur spontanée disparaît d'abord, puis celle à la pression. La sonorité normale de la région revient, l'appétit et le sommeil réapparaissent, les fonctions digestives se rétablissent et les garde-robes deviennent régulières.

Mais la tuméfaction est plus lente à disparaître et l'on sent encore longtemps après le début, une certaine résistance,

un petit noyau induré, mobile, dans la région iléo-cœcale.

Parmi les 7 malades, chez lesquels l'affection s'est terminée de cette manière, nous avons noté ce noyau induré chez deux enfants qui d'ailleurs se trouvaient à leur sortie dans un excellent état général. Dans un cas, traité médicalement pendant un mois environ, et où tous les phénomènes inflammatoires avaient depuis longtemps disparu, l'on sentait également cette petite induration (Obs. 75). M. Broca, craignant une rechute, opéra l'enfant et trouva un appendice épaissi, replié sur lui-même, fusionné avec son méso, adhérent à l'épiploon et largement amputé au bout. Ceci démontre en passant, d'une part, la possibilité de résorption complète du foyer purulent — car dans ce cas présent il n'y avait aucun doute sur l'existence d'un abcès, vu la perforation — et d'autre part, la guérison toujours incomplète, tant que l'appendice est laissé en place. Dans la seconde forme de guérison spontanée par perforation secondaire de la collection purulente, la disparition, ou tout au moins la diminution brusque de la tumeur, le retour rapide à un bien-être relatif et la présence de pus dans les matières fécales ou les urines, indiquent le mode de terminaison.

Mais quand le processus pathologique, ulcéreux ou infectieux, s'est opposé à toute délimitation, à toute localisation de ses conséquences, ou si sa malignité est telle, que malgré l'existence d'adhérences solides il étend ses ravages, alors on assiste au tableau solennel de la péritonite généralisée, à l'issue fatale de la maladie. Dans ce cas, les douleurs aiguës, lancinantes, localisées du début,

loin de s'amender dans les 36 ou 48 heures; se généralisent à tout l'abdomen dont le ballonnement devient considérable et la tension excessive.

A ce moment on peut constater de la matité quand une exploration superficielle est possible, rarement de la fluctuation. Les petits malades restent immobiles sur leur couche; le moindre attouchement, le plus petit frôlement de la paroi abdominale leur arrache de grands cris. Le faciès s'altère rapidement, revêt l'expression hippocratique; le teint bistré, les yeux excavés, le nez et les lèvres pincés. La langue est sèche et la soif vive; les extrémités se refroidissent, deviennent cyanosées; des frissons surviennent, suivis d'une augmentation considérable de la température qui peut aller jusqu'à 41°, comme nous l'avons noté une fois. Le pouls devient petit, rapide, filiforme, insensible et incomptable dans les dernières heures (140 à 150). La constipation est absolue, les urines rares, troubles, souvent albumineuses; les vomissements sont bilieux, porracés, incoercibles, plus rarement fécaloïdes ou sanguinolents. La dyspnée est intense, le hoquet et des convulsions surviennent, et le petit malade succombe au bout de quelques jours dans le coma, précédé souvent d'une agitation extrême.

Il y a cependant lieu de distinguer, surtout au point de vue pronostique, les deux modalités sous lesquelles se présente la péritonite généralisée suite d'appendicite perforante: la péritonite septique diffuse et la péritonite purulente progressive. La différence fondamentale de ces deux formes consiste dans le mode de propagation, de développement du processus infectieux.

La première, caractérisée par la résorption rapide, foudroyante des toxines microbiennes et leur entrée dans la circulation, peut, de par le fait même de l'évolution rapide du processus, ne pas être accompagnée de phénomènes inflammatoires locaux du côté du péritoine. Celui-ci ne joue qu'un rôle passif, comme organe de résorption (Mikulicz) (1); ce qui domine ici le tableau clinique, c'est la septicémie, l'infection générale, profonde de l'organisme, et c'est pourquoi ces formes sont au-dessus des ressources thérapeutiques chirurgicales. Mais si la résorption des germes infectieux n'a pas lieu si rapidement, il se développe une péritonite purulente, plus ou moins diffuse, avec foyers multiples, envahissant progressivement tout le territoire péritonéal, mais pouvant s'arrêter dans certains cas heureux. Ici, l'intervention aussi précoce que possible peut donner quelques chances de guérison. Quant à la distinction clinique entre la péritonite purulente et la septicémie diffuse, elle est toujours possible d'après M. Jalaguier (2), et notre maître M. Broca se range également à cette opinion. Dans la dernière forme en général, le début serait souvent marqué par une indigestion, des douleurs épigastriques ou abdominales, des vomissements, de la diarrhée, et quelquefois un peu de météorisme. La température après s'être élevée, baisse le deuxième jour; le pouls est fréquent et irrégulier.

1. Mikulicz : *Langenbecks Archiv fuer klinische Chirurgie*, 1889, t. 39, p. 756.

2. Jalaguier : *Bulletin médical*, juin 1895, p. 615, *loc. eod.*, août 1895, p. 736.

lier; la palpation du ventre est indolore, mais le faciès est particulier, péritonéal. Dans la péritonite purulente proprement dit, le début est plus violent, les douleurs sont plus vives; la dissociation du pouls et de la température est moins marquée, le faciès moins altéré, mais la palpation abdominale est plus douloureuse.

L'appendicite à rechute (recurrent ou relapsing appendicitis des Anglais), correspond moins à une forme distincte qu'à un ensemble symptomatique qui peut être déterminé par des causes et des lésions différentes. Souvent on trouve un appendice plus ou moins épaissi mais sans aucune lésion; d'autres fois ce sont des rétrécissements avec dilatation en avant et en arrière, que l'on constate, ou bien des points oblitérés qui transforment l'organe en « vase-clos », cas observés deux fois par M. Brun. La courbure plus ou moins prononcée, la torsion modérée ou extrême, comme dans notre observation 45 (voir le dessin) qui favorisent la rétention des produits de sécrétion, sont autant de causes de rechute. Souvent aussi, quand l'appendice est perforé, il y a autour de la perforation un abcès localisé qui sommeille sans se résorber. Un effort, un mouvement violent ou l'action d'un des autres facteurs étiologiques occasionnels, peuvent déterminer le retour des accidents. Pour Sonnenburg ce serait là la cause la plus fréquente des récidives, à savoir, la guérison incomplète d'un foyer purulent consécutif à la perforation appendiculaire. M. Broca insiste sur l'existence fréquente dans l'appendicite à rechute non opérée, de perforations bouchées par des adhérences de l'épiploon. (Obs. 9 et 70). Si ces adhérences, minces dans la plupart des

cas, viennent à se rompre sous l'influence d'une cause quelconque, le sujet peut être emporté par une péritonite suraigue. Kuemmel aussi a attiré l'attention sur ce fait.

Les symptômes de l'appendicite à rechute sont ceux des autres formes : douleur plus ou moins vive, localisée à droite, tuméfaction à ce niveau et l'état gastrique. La tuméfaction augmente pendant les attaques pour diminuer à la période de calme. Pendant ces dernières, il persiste au niveau de l'appendice un point douloureux, exagéré par la pression, et parfois même l'on sent à ce niveau en palpant profondément, l'appendice roulant sous le doigt. En même temps il existe des phénomènes d'atonie du gros intestin avec stase des matières fécales. Ces rechutes reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés. Ainsi, un de nos petits malades se plaignit pendant longtemps de douleurs qui revenaient tous les deux jours à la même heure. Parmi nos cas nous avons relevé 9 fois des rechutes, dont une fois (Obs. 2) le petit malade mourut de péritonite généralisée lors de la seconde rechute survenue 7 jours après le début. Nous montrerons plus loin, que pour ces cas il n'y a qu'un seul traitement efficace : la résection de l'appendice.

ANALYSE DES SYMPTOMES

Douleur, vomissement, tumeur, troubles digestifs, météorisme et contracture ; troubles fonctionnels : température, pouls. Aspect général.

La *douleur* dans l'appendicite aiguë est un des signes les plus précoces, les plus constants et les plus importants. Elle est brusque et généralement diffuse au début, et cette brusquerie en constitue un des traits caractéristiques. Le siège de la douleur dans les premières heures d'une appendicite n'est pas d'une grande valeur pour le diagnostic ; dans un grand nombre de cas où la nature de l'affection est hors de doute, la douleur initiale peut siéger tantôt à l'épigastre, tantôt dans la région hypogastrique, tantôt dans la fosse iliaque gauche (Obs. 3, 45 et 66), ou d'une façon indéterminée au niveau des intestins. L'explication de ce phénomène se trouve probablement dans le nombre des anastomoses et des relations du réseau nerveux sympathique de l'abdomen. Quant au point de Mac Burney, il ne nous paraît pas avoir l'importance pathognomique qu'on lui considère. Ce médecin, en rapportant le siège de la douleur au niveau de l'organe malade, c'est-à-dire au niveau de la base de l'appendice, a énoncé un axiome pathologique général, vrai dans la plupart des cas. Mais dans le cas particulier d'appen-

dicite le point douloureux est loin de correspondre toujours à l'organe malade, c'est-à-dire, comme l'indique l'auteur anglais, au milieu d'une ligne entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.

La douleur subite, initiale, est due à la rupture de l'appendice qui entraîne ainsi par acte réflexe un péristaltisme intestinal violent, désordonné. La contracture réflexe des muscles abdominaux est un signe important, se rencontrant d'habitude avec la douleur qui accompagne les extravasations subites.

De diffuse, aiguë, lancinante, qu'elle était au début, la douleur se localise au bout de quelques heures dans la fosse iliaque droite, d'où elle rayonne en s'atténuant. Elle est vive, intense, mais peut aussi être modérée et ne devient guère excessive (Rilliet et Barthez) qu'au moment de l'apparition d'une péritonite. Spontanée dans les premières heures ou les premiers jours, elle ne se manifeste qu'à la pression lors du décroissement de la maladie. La douleur à la pression serait due d'après Robinsohn, au mouvement imprimé à un péritoine enflammé et sensible, et non à la traction sur des adhérences, lesquelles, étant de nouvelle formation, sont encore dépourvues de filets nerveux.

Les *vomissements*, qui chez les enfants surviennent sans efforts (Matterstock) s'observent dans presque tous les cas d'appendicite, qu'elles soient bénignes ou graves. Ils peuvent suivre immédiatement la douleur ou la précéder, comme nous l'avons noté plusieurs fois. Alimentaires d'abord, ou constitués par un liquide verdâtre, teinté de bile, souvent franchement bilieux, ils

cessent ordinairement bien vite dans les cas bénins. Des vomissements porracés, fécaloïdes ou de couleur marc de café, incessants, incoercibles sont toujours d'un pronostic fâcheux et on les voit souvent persister jusqu'à la mort dans les péritonites généralisées.

La *tumeur* ou la tuméfaction dans la fosse iliaque droite existe dans la grande majorité des cas, quoiqu'en dise Matterstock. On la méconnaît souvent dans les premiers jours à cause du ballonnement et de la tension de l'abdomen et à cause de l'intensité de la douleur. Mais même alors, il est de règle, qu'on puisse sentir un empâtement profond, une résistance sans limites appréciables, accompagnée de submatité ou de matité. A la faveur de l'anesthésie chloroformique ou plus tard, au bout de deux ou trois jours quand les premiers phénomènes se sont amendés, l'on peut sentir nettement la tumeur, présentant les caractères indiqués dans le chapitre précédent.

Constipation. — L'atonie du gros intestin avec stase des matières fécales, très commun au début, peut persister pendant plusieurs jours. On a cependant noté aussi souvent soit des selles régulières, soit de la diarrhée de sorte que ce signe n'est pas d'une grande valeur. La diarrhée seule ou alternant avec la constipation a été observée par nous deux fois. Un cas remarquable de persistance et d'abondance de diarrhée est cité par Zit chez un garçon de 11 ans. Ce dernier, pendant toute la durée de sa maladie, c'est-à-dire pendant environ huit semaines, eut d'abord 27 et dans la suite 14 selles par

jour ; les dernières garde-robes contenaient des masses de raisins verts que l'enfant avait ingérées avant le début de la maladie.

Parmi les signes les plus fréquents qui accompagnent dès le début la douleur, sont la contracture réflexe des muscles abdominaux et le météorisme. Le météorisme peut être uniforme et peu accusé, ou au contraire, considérable. Dans ce dernier cas il est dû, soit à la constipation et à l'accumulation des gaz, et dans ces conditions, un ballonnement, même excessif, n'aura rien d'inquiétant, du moment où il ne s'accompagne pas d'arrêt du péristaltisme — soit à la paralysie intestinale.

Pour constater ce dernier phénomène, les auteurs américains, notamment Richardson, conseillent d'ausculter de temps à autre l'abdomen. L'inertie intestinale absolue et l'arrêt complet des mouvements péristaltiques indiquent toujours une issue fatale de la maladie. Dans tous ceux de nos cas, qui se sont terminés favorablement, le ballonnement initial s'est dissipé au bout de quelques jours. Dans les cas dont la gravité apparaissait dès le début, il persistait jusqu'à la fin et là, où la maladie en apparence bénigne, prenait au bout de quelques jours d'un calme trompeur une tournure fatale, le ballonnement revenait en même temps que la douleur.

Température poulx et autres troubles fonctionnels. —

D'un commun accord, la température est considérée par la plupart des auteurs comme un signe infidèle, dont ni l'élévation ni l'abaissement ne seraient dans un grand nombre de cas en rapport avec l'état vrai de l'affection. On a constaté dans certaines appendicites avec péritonite géné-

ralisée, à pronostic absolument fatal, une courbe de température insignifiante, et inversement, l'élévation se maintenant dans les cas bénins. Même l'absence de température a été observée. Quènu a vu chez un enfant de 8 ans, l'apyrexie complète malgré un volumineux abcès appendiculaire. Dans nos cas, la fièvre ne dépassait pas 39° et ne persistait guère que pendant la période croissante. Nous n'avons noté une ascension considérable de la courbe, précédée de frissons que dans les cas où une péritonite généralisée s'est déclarée ou aussi au cours de la maladie, lors d'un retour de quelques accidents. De même dans la période de convalescence nous avons remarqué une augmentation de la température, peu considérable d'ailleurs et n'allant pas plus loin que 38°, au moment où les enfants étaient mis au régime ordinaire des convalescents d'appendicites..

Pouls. — Tout en étant un guide infidèle, les qualités du pouls et surtout sa fréquence sont d'une valeur diagnostique et pronostique plus importante que celle de la température. Dans les cas légers il reste modérément fréquent de 80 à 100, et il est plus souvent petit et serré (Rilliet et Barthez). Il peut s'élever dans les cas graves à 140 et 150 pour devenir incomptable pendant les heures qui précèdent la mort. Notre maître M. Broca voit aussi dans la rapidité du pouls coïncidant avec une température modérée, un signe de pronostic sévère, et chaque fois qu'il est intervenu à ce moment, il a trouvé une péritonite grave.

Le tenesme rectal et vésical, la céphalalgie, l'insomnie et l'épistaxis sont des phénomènes qui se rencontrent

souvent au début de la maladie, mais qui persistent rarement au-delà de deux à trois jours. L'épistaxis surtout paraît dans certains cas avoir précédé les accidents et nous-même l'avons noté plusieurs fois dans nos observations.

Aspect général. — Le faciès chez les enfants se grippe facilement dès que la douleur est très vive, et il n'est pas rare de rencontrer un aspect franchement hippocratique dans les cas, où les autres symptômes, sauf la douleur, ne sont point alarmants et qui guérissent sans intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC

Quoique le tableau clinique des formes d'appendicite infantile que nous venons de décrire, soit bien net et permette dans presque tous les cas un diagnostic exact, il existe pourtant, surtout au début, des phénomènes étrangers à l'affection qu'ils accompagnent, phénomènes bien vite discernés du reste par l'évolution de la maladie, mais qui peuvent conduire à des erreurs. Dans notre étude de ces phénomènes nous laisserons bien entendu de côté toutes les affections que l'on ne rencontre que rarement dans l'enfance et qui ne sauraient par conséquent entrer en ligne de compte dans la recherche du diagnostic. L'appendicite aiguë avec péritonite enkystée peut être confondue au début avec la psoïte. L'abcès du psoas se différencie d'abord par le siège de la douleur qui existe le long du psoas ; c'est-à-dire plus en dehors que celle de l'appendicite et qui est exagérée par la pression de la région lombaire ou de la paroi abdominale antérieure. Il y a des irradiations douloureuses dans la cuisse, le long des nerfs du plexus lombaire et des organes génitaux, ce qui n'a pas lieu dans l'appendicite, où l'on ne trouve pas non plus l'état cachectique du malade atteint de psoïte, indiquant une suppuration profonde, prolongée. Dans le psoïtis le membre inférieur est en flexion et en

rotation externe. Cette position est constante et même par les mouvements les plus doux on n'arrive pas à placer le membre dans la rectitude sans arracher de violentes plaintes au malade ; dans l'appendicite on peut toujours le redresser facilement. La psoïte aiguë accompagne souvent à un léger degré l'appendicite, quand l'abcès auquel cette dernière a donné lieu repose directement sur ce muscle. Ici encore, l'absence de phénomènes péritonéaux met sur la voie. Il en est de même avec l'abcès des *parois abdominales* qui ne présente de commun avec l'appendicite que la tumeur.

Diagnostic avec la *dothièmentérie*. Les formes d'appendicite qui peuvent surtout en imposer pour une fièvre typhoïde sont celles qui, après une période prémonitoire plus ou moins longue de courbature, malaise général et de troubles digestifs, débutent par de l'épistaxis, de la céphalée intense, de l'abattement, de l'insomnie, bref par tous les signes classiques de l'invasion typhique. Dans 4 de nos cas les enfants ont été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde et une fois même ce diagnostic a été porté par trois médecins successifs (obs. 58). En dehors de ces observations, il y en a d'autres, où les symptômes de dothièmentérie se sont montrés au cours d'une appendicite confirmée. Buscariet de Genève en a rapporté au Congrès français de Chirurgie de l'année dernière un cas, remarquable sous plusieurs rapports. Une fillette de 12 ans est prise d'une douleur subite dans la fosse iliaque droite avec tuméfaction, phénomènes péritonéaux, et une température de 40°. Cette dernière se maintenant pendant cinq jours, on fit une laparatomie; mais il fut impos-

sible de trouver l'abcès, bien que le cœcum eût été entièrement décollé. Le lendemain la température tomba à 37°, mais les jours suivants l'apparition d'une forte diarrhée, des épistaxis intenses, firent admettre une fièvre typhoïde. Ce ne fut que le neuvième jour, qu'il s'écoula par la plaie un flot de pus fécaloïde. La température tomba, mais il resta une fistule purulente pendant près d'un an, au bout de quel temps celle-ci livra passage à une coquille de noix. Dans les cas du Dr Kirkbride cité par Talamon, l'erreur inverse a été commise. Il s'agit d'un jeune garçon qui fut pris brusquement de fièvre, de douleurs abdominales et de constipation. On pense d'abord à une fièvre typhoïde et l'on agit en conséquence. Mais la douleur et la sensibilité du ventre augmentent, et la constipation persiste malgré tous les moyens employés. Le cinquième jour surviennent des vomissements fréquents et le diagnostic d'appendicite avec obstruction intestinale est porté par deux médecins et un chirurgien qui décident l'opération. Au septième jour le Dr Kirkbride est appelé. La température était alors de 37,°5, le pouls à 130, la respiration à 36. Le petit malade vomissait tout ce qu'il prenait et avait même eu des vomissements fécaloïdes. Après une injection de morphine, puis de strychnine, un lavement purgatif et plusieurs doses de sulfate de magnésie, administrées d'heure en heure, une débâcle survint et à partir de ce moment la fièvre typhoïde reprit son cours régulier.

Mais des cas pareils ne sont vraiment embarrassant qu'au début. La persistance des phénomènes cérébraux, l'apparition des taches rosées lenticulaires, les signes thoraciques caractéristiques d'une part, et d'autre part la

localisation et la prédominance des phénomènes péritonéaux trancheront bien vite la question dans un sens ou dans l'autre.

L'adénite des ganglions iliaques ne saurait non plus longtemps donner le change avec l'appendicite. La première est caractérisée par une tumeur le long des vaisseaux iliaques et située plus bas et plus en dedans que la tumeur de l'appendicite. Elle est en outre dure, à surface inégale et l'examen des organes génitaux et de l'anus révèle bientôt la cause de l'adénite. Une autre erreur peut être faite avec *l'engorgement des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux* (Krafft) au voisinage de l'appendice, engorgement si fréquent dans la tuberculose des enfants. Mais la marche lente et chronique, la coexistence de lésions bacillaires dans d'autres organes, mettent sur la vraie voie. Il en est de même des accidents dus à la perforation intestinale de nature bacillaire. Ici encore, c'est l'évolution subaiguë, le peu d'intensité des symptômes accompagnant ces perforations, qui jugent la question. Les *abcès par congestion* se distinguent par leur développement aplegmasique, leur migration en dehors de l'abdomen vers la partie supéro-interne de la cuisse et l'existence concomitante d'une lésion de la colonne vertébrale.

La *coxalgie* avec abcès iliaque en a plusieurs fois imposé pour l'appendicite. Ménard de Berck-sur-Mer a vu chez un enfant une suppuration péri-cœcale qui fut prise d'abord pour une coxalgie. Nélaton relate le cas d'un garçon soigné pendant six mois pour une coxalgie et chez lequel on trouve une perforation du cœcum et de l'appen-

dice. Gibney a réuni un certain nombre d'observations où l'appendicite a été regardée et traitée pour une affection de la hanche. Nous lui empruntons les cas suivants, vraiment curieux : Un garçon de 6 ans, ayant fait une chute trois semaines avant son arrivée à l'hôpital, se mit à boiter et à périr à partir de ce moment. Souffrances nulles au repos, mais de violentes douleurs dès que l'on imprimait le moindre mouvement à sa hanche droite. Un chirurgien, très distingué d'ailleurs, admet une luxation traumatique et en essaie la réduction. Un autre, ne trouvant pas trace de luxation, diagnostique une coxalgie au début. Cinq jours après l'entrée, une tuméfaction s'accuse dans la fosse iliaque droite au-dessus du ligament de Fallope ; l'abcès devient peu à peu plus évident, il est ouvert et évacué. Le second cas se rapporte à un garçon de 6 ans 1/2 qui, après avoir fait une chute, a ressenti immédiatement après, une forte douleur dans la hanche droite. Le lendemain il put à peine marcher et cinq jours plus tard on fit le diagnostic de coxalgie et on appliqua l'extension pendant trois semaines. A son entrée à l'hôpital on trouva une température de 101° (Fahrenheit) avec un état général mauvais. Le membre droit était en demi-flexion et en rotation interne. Dans le décubitus dorsal, l'abduction, l'adduction, la rotation et la flexion extrême étaient possibles, mais l'extension ne l'était pas. A l'examen de l'abdomen on constata un empâtement net et douloureux avec sensibilité excessive dans la fosse iliaque droite, et dès lors il n'y eut plus de doute sur la nature de l'affection. Enfin, une fillette de 4 ans, boitant depuis 12 jours sans que l'on put en découvrir la

cause, arrivait à l'hôpital avec une flexion de la cuisse à 90°. L'extension était impossible et la fosse iliaque droite remplie par une tuméfaction douloureuse. Le diagnostic de pérityphilité fut vite confirmé.

L'appendicite perforante avec péritonite généralisée peut être confondue avec l'invagination. Cette dernière affection, si fréquente chez les jeunes enfants, peut être prise au début pour l'appendicite, et inversement. Les symptômes communs aux deux formes d'appendicite et à l'invagination sont : le vomissement, la constipation, la douleur et la fièvre. Les différences consistent du côté de l'invagination (Riliet et Sanné) dans l'extrême fréquence des vomissements, dans la persistance ordinaire de la constipation, dans la présence de selles sanglantes, dans l'intermittence des coliques et dans l'insensibilité du ventre chaque fois que ces coliques s'apaisent : le tout comparé à la rareté relative des vomissements alimentaires ou bilieux, à la constipation peu opiniâtre, à la continuation de la douleur, à la sensibilité intense du ventre à la pression, et à la présence d'une tumeur ou d'un empâtement dans la fosse iliaque droite, du côté de l'appendicite.

L'étranglement interne, dont les signes se confondent chez les enfants plus grands avec ceux de l'invagination, doit être différencié de la même manière avec l'appendicite.

Enfin une dernière erreur de diagnostic possible est celle que l'on pourrait faire avec la *hernie étranglée*. Des faits de ce genre ont été signalés dans la littérature et cette erreur a été aussi commise, mais dans des circonstances particulières, par notre maître M. Broca, dont la

haute compétence en cette matière est pourtant indiscutable. Il s'agit (Obs. 12) d'un garçon de 8 ans qui fut pris brusquement, deux jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs violentes dans la région inguinale droite. L'apparition peu de temps après, d'une petite tumeur en cet endroit, s'accompagnait de nausées, de vomissements alimentaires, puis bilieux. Mais il n'y avait arrêt ni des matières fécales, ni des gaz. A l'examen on trouva une petite tumeur de la grosseur d'une noix, douloureuse à la palpation, siégeant dans la région inguinale droite, et à la partie inférieure de laquelle on reconnaissait nettement le testicule. D'ailleurs le testicule gauche était seul descendu. Tout le reste de la tumeur était également douloureux et non réductible. M. Broca pensa à une hernie étranglée et agit en conséquence. Après l'incision de la tumeur on trouva le testicule en ectopie et un sac plein de pus sans intestins. Le pus qui coulait en abondance et avec une odeur infecte, venait du ventre par le canal péritonéo-vaginal persistant. L'enfant mourut deux jours plus tard de péritonite généralisée, après avoir été de nouveau opéré la veille.

A l'autopsie, on trouva l'appendice violacé à l'extrémité libre et perforé en plein péritoine. Ici, l'apparition brusque d'une petite tumeur irréductible dans la région de prédilection des hernies, suivie de presque tous les signes classiques d'étranglement, justifie bien l'erreur. Le seul signe différentiel en faveur de l'appendicite, a pu être l'absence de phénomènes d'obstruction intestinale ; l'enfant allait à la garde-robe et rendait des gaz.

A côté de ces cas, il y en a d'autres, où le contenu des

hernies étranglées est formé par l'appendice et où les phénomènes pèritonitiques que l'on y observe, relèvent de l'appendicite herniaire. Sauvage cite le cas d'un garçon de deux ans, chez lequel apparut brusquement une petite tumeur dans la région inguinale droite, accompagnée de phénomènes inflammatoires. On la prend d'abord pour le testicule, mais les deux étant en place, l'on songe à l'intestin et l'on essaie le taxis, en vain. L'enfant mourut seize heures après le début, et à l'autopsie on trouva l'appendice augmenté de volume, perforé et engagé dans le canal inguinal. La perforation, produite par un noyau de cerise, donnait libre issue aux matières fécales que l'on trouvait dans la région hypogastrique et la fosse iliaque droite.

Davies Colley a observé un fait analogue. Un enfant de cinq mois, porteur d'une hernie inguinale droite congénitale, présentait depuis trois jours des phénomènes gastro-intestinaux, des vomissements et de la constipation. La hernie augmenta considérablement dans l'espace de 24 heures, la peau à ce niveau était enflammée, le scrotum oedématié. L'opération fit voir un appendice perforé, nécrosé, nageant dans le pus. Guérison complète, mais persistance d'une fistule pendant un an.

Dans certains cas enfin, — nous les citons à cause de l'intérêt qu'ils présentent, quoiqu'ils ne fassent pas directement partie de notre sujet, — c'est l'appendice normal et seul hernié qui provoque les mêmes symptômes d'étranglement que l'intestin étranglé. Souvent même ces symptômes sont excessivement graves. Ce phénomène étrange, puisqu'il s'agit d'un diverticule insignifiant, d'un simple

annexe de l'intestin sans aucune fonction physiologique, est diversement interprété par les auteurs. Les uns y voient la conséquence d'une coudure secondaire ou d'une torsion d'une partie intestinale voisine; pour les autres ce seraient simplement des troubles réflexes, suite de la contusion abdominale. Pour Rose (1), la condition indispensable de l'étranglement actif de l'appendice serait la présence d'un méso-appendice.

Sonnenburg a opéré dans ces conditions deux petits garçons de 1 an 1/2 et de 2 ans, et Sendler de son côté est intervenu chez un garçon de 5 semaines, pour une hernie inguinale droite étranglée. Ici, l'appendice long de 5 centimètres, très distendu et congestionné, coudé au milieu, mais nulle part adhérent, était couché à la manière d'un verrou devant l'anneau inguinal. A sa base, on remarquait un sillon très profond de couleur rouge foncé. L'appendicectomie et la kélotomie furent suivies de guérison complète au bout de huit jours.

1. Rose : *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Vol. 35, p. 51.

PRONOSTIC

L'appendicite infantile étant une affection sérieuse, son pronostic doit être réservé dans tous les cas.

En présence même d'une localisation nette de la maladie, de symptômes réactionnels modérés, l'on ne pourra jamais être sûr que l'infection générale ne survienne ; car il n'y a pas de signes absolus qui fassent prévoir dans quel sens l'affection évoluera. Cependant, l'on peut dire d'une façon générale, que le pronostic des abcès péri-appendiculaires ouverts et drainés de bonne heure, c'est-à-dire dès leur apparition, est bon. Dans tous nos cas opérés dans ces conditions, la guérison a été obtenue sans encombres. D'un autre côté, l'ouverture des abcès avec recherche et résection de l'appendice à chaud, n'est pas toujours suivie de succès et, quoiqu'en disent les auteurs, qui cherchent à enlever coûte que coûte l'appendice pendant les accès aigus et qui prétendent n'avoir eu qu'à s'en féliciter — ces interventions sont encore assez souvent suivies de péritonite généralisée. Cette dernière a causé la mort dans 14 de nos cas.

L'appendicite perforante accompagnée d'emblée ou suivie à courte distance de péritonite généralisée à laquelle nous devons douze décès, est fatalement mortelle. Les rares terminaisons heureuses, au nombre de deux seule-

ment dans notre statistique, plus un cas de M. Jalaguier, ne put que confirmer la règle. Le pronostic est également sévère pour les formes récidivantes de l'appendicite, non seulement à cause de l'infirmité qu'elles créent, mais surtout à cause du danger d'une issue fatale lors de la prochaine crise. Les cas de M. Brissaud, cité par Reclus, en est un exemple instructif. Un jeune garçon est pris d'appendicite. Il en guérit, mais trois rechutes reviennent dans l'espace de un an et demi. Pendant les intervalles, excellent état général, sauf un léger degré « d'insécurité abdominale ». Une quatrième attaque survient et en quelques heures l'enfant est emporté par une péritonite suraiguë. L'appendicite est encore redoutable à un autre point de vue ; les adhérences et soudures de l'appendice avec les organes voisins peuvent entraîner des troubles intestinaux mortels. Baginsky cite le cas de Monti, qui a vu une occlusion intestinale à terminaison fatale succéder à une pérityphlite. Nous avons également deux fois relevé cette complication. Le pronostic le plus favorable doit être réservé aux appendicectomies à froid. Dans toutes nos observations, au nombre de treize, et dans celles des autres, relatant des cas où l'appendice a été enlevé pendant la période de calme, le résultat a été le plus satisfaisant. La guérison complète avec ou sans éventration a été obtenue dans nos cas au bout de quinze jours à trois semaines et la convalescence n'a été troublée par aucun incident.

COMPLICATIONS

Il y a une complication qui accompagne très souvent l'appendicite, et qui, tout en étant plus fréquente chez l'adulte, a été cependant plusieurs fois notée chez l'enfant : c'est la pleurésie. Celle-ci peut être purulente comme dans un cas de Baginsky, quand elle est la conséquence d'un abcès périappendiculaire ayant perforé le diaphragme. Elle est le plus souvent séreuse ou séro-purulente et siégerait d'après Wolbrecht plus souvent à droite. La propagation de l'inflammation appendiculaire à la séreuse pleurale se ferait par l'intermédiaire du tissu cellulaire rétro-péritonéal et par voie lymphatique. Wolbrecht l'a trouvé dans 38 0/0 des cas, 28 fois à droite, 3 fois double et une fois à gauche. Soltmann l'a vu seulement à droite.

La *pyléphlébite suppurée*, résultat d'une phlébite des veines mésentériques avec embolies septiques et abcès multiples du foie, a été observée par Cernea chez une petite fille, morte rapidement avec des phénomènes infectieux et de l'ictère. A l'autopsie on trouva des lésions d'appendicite très avancées avec adhérences multiples et un abcès péri-cœcal du volume d'un œuf. Le foie présentait des lésions de pylé-phlébite intra-hépatique. L'érysipèle localisé a été observé deux fois par Lèguern au niveau de la plaie appendiculaire. Dans un de ces cas la mort

en est résultée. Dawborn signale un cas de parotidite double, survenue chez un garçon de 11 ans, qui a été opéré de péritonite suppurée, suite d'appendicite gangréneuse. Nous n'avons relevé aucune de ces complications dans nos observations, ce qui prouve leur rareté chez l'enfant.

TRAITEMENT.

La question du traitement de l'appendicite, des indications de l'intervention chirurgicale précoce ou tardive est encore aujourd'hui vivement controversée, quoique bien moins qu'au début du revirement de l'histoire pathologique de cette affection, où médecins et chirurgiens s'en disputaient à coups de statistiques le droit de propriété exclusive. Certes, les premiers n'ont pas eu tort de prétendre que la guérison de l'appendicite puisse s'obtenir par les seuls moyens médicaux. Elle peut même s'obtenir à plusieurs reprises. Mais ils ont oublié de rechercher ce que deviennent dans l'avenir ces cas guéris, combien parmi eux échoient dans la suite soit à l'intervention chirurgicale, soit à la mort, lors de la seconde ou de la troisième attaque. La question a changé depuis ces débats ardents ; l'appendicite est reconnue comme une affection essentiellement chirurgicale par nombre de médecins distingués en France et à l'étranger, entre autres par Faisans, Millard, Dreyfuss-Brissac et Dieulafoy. Ce n'est donc plus seulement à titre d'*ultimo ratio*, comme le dit Rouville, que la chirurgie doit entrer dans la thérapeutique des appendicites.

Parmi les chirurgiens autrefois aussi divisés sur cette question, l'accord est à présent parfait, quant à la nécessité

d'intervenir dans la péritonite généralisée. L'opération doit être tentée même dans les cas les plus désespérés, contrairement à Kuemmel, car elle peut donner quelques succès. L'accord règne également sur l'opportunité de l'intervention à froid. Mais où les opinions des chirurgiens divergent notablement, c'est la question de la conduite à tenir dans les appendicites localisées. Ainsi Reclus se déclare partisan énergique de l'intervention précoce. D'après lui le foyer purulent intra-abdominal, dont on ignore l'évolution ultérieure, doit être soumis aux règles thérapeutiques de toutes les collections purulentes de l'économie, à l'incision et à l'évacuation. Roux, Pozzi, Schwartz, Sonnenburg, Beck, se rangent également à cette opinion.

Pour Fowler, le seul traitement rationnel consiste dans l'appendicectomie.

Coplin Stinson, Morris, Deaver, Murphy, Rushmore, opèrent dès que le diagnostic est fait, et leurs statistiques sont des plus satisfaisantes.

Ball intervient, si au bout de 24 à 36 heures les symptômes vont en augmentant.

Jalaguier, quand l'état local, la douleur surtout, ne s'amendent pas, quand l'état général s'altère, quand le thermomètre remonte après un léger abaissement. D'après cet auteur il ne faut pas chercher la fluctuation pour se convaincre de la présence du foyer, car cette palpation peut amener la rupture de la poche et consécutivement la péritonite généralisée.

D'après Ledentu il faut distinguer entre les appendicites qui à aucun moment de leur évolution ne provoquent des

accidents de péritonite ou de septicémie péritonéale inquiétante, et qui peuvent guérir par des moyens médicaux ; et entre celles qui marchent régulièrement vers la formation d'abcès. Dans ce dernier cas, il y aurait avantage à laisser l'abcès se collecter et se délimiter. L'intervention précoce ne serait pas sans danger à ce moment, car elle pourrait avoir pour résultat de disperser les agents d'infection concentrés dans un point limité, et cela serait d'autant plus à craindre, que le pus existe dès les premières heures. Ces appréhensions ne nous paraissent pas fondées. Si l'on s'en tient à ce moment à la simple ouverture de la collection sans recherches profondes de l'appendice, on n'a besoin ni de détruire les adhérences qui isolent le foyer, ni d'infecter la grande cavité péritonéale. D'ailleurs les interventions hâtives de Roux, Reclus, Sonnenburg, prouvent l'innocuité de l'ouverture précoce du foyer.

D'après *Ricard* il faut agir dans les appendicites subaiguës, si l'élévation de la température, une tuméfaction persistante ou croissante font craindre la suppuration ou la perforation.

Gnire ne s'empresse pas d'opérer, même chez les malades chez lesquels les symptômes généraux s'aggravent, et la présence de pus se manifeste par de la fluctuation. Car d'après lui ces cas peuvent guérir sans opération. Dans les appendicites à rechute il est intervenu dix-sept fois avec un cas de mort.

Kuettel n'est plus partisan de l'intervention précoce. Des cas légers peuvent, d'après cet auteur, guérir médicalement. Dans les cas d'intensité moyenne, il faut agir, si après quelques jours ces symptômes ne disparaissent

pas et les accès reviennent après des rémissions de courte durée. Les appendicites graves doivent être opérées si toutefois l'état du malade laisse encore de l'espoir.

Cohen admet que dans l'intervalle des accès l'intervention est justifiée, mais il n'en soit pas moins vrai que les malades peuvent guérir sans cela. Pour Sahli chaque forme de pèrityphlite doit être traitée comme pèritonite par perforation. Les cas propres à l'intervention seraient d'après lui les appendicites avec pèritonite septique généralisée, qui au bout de vingt-quatre heures montrent l'inefficacité du traitement interne, puis ceux où la virulence se manifeste par le fait même de la résistance aux moyens médicaux, et enfin les cas récidivants.

Le résultat de ces différentes manières d'agir, se traduit chez Sahli par une mortalité globale de 9,6 0/0 ; chez Kurschmann de 4,5 0/0 pour les cas traités médicalement ; chez Aufrecht de 5 0/0 par les cas des deux catégories, et chez Murphy de 9, 6 0/0 pour les cas traités de parti pris par l'intervention. Chez Guttman et Leyden de 5 0/0, chez Renvers de 4 0/0 pour les cas médicaux.

Au fond, toutes ces différences d'opinions se réduisent à la question de savoir, s'il faut temporiser ou non. Il est évident que l'idéal serait, de pouvoir attendre en toute sécurité la disparition des phénomènes inflammatoires pour intervenir alors radicalement, c'est-à-dire pratiquer la résection de l'appendice pendant la période d'accalmie. Toutes les statistiques démontrent à l'unanimité les résultats opératoires et fonctionnels parfaits de ce procédé, et même les médecins, hostiles à toute autre intervention

· dans l'appendicite, reconnaissent son efficacité et le préconisent. Mais comme on est loin de cet idéal, il faut un autre *modus faciendi*, plus en rapport avec les conditions réelles. L'expectation armée nous paraît répondre le mieux à ces exigences. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où l'abcès est nettement constitué, annoncé par tous les signes physiques, où pour citer une expression de Talamon, il vient à crever non seulement les yeux du chirurgien, mais aussi la peau. Ici l'intervention est de toute nécessité. Car, si d'une part, des collections pareilles ne peuvent jamais se résorber, d'autre part, elles peuvent s'ouvrir au dehors donnant lieu à des ulcérations fistuleuses, à des suppurations prolongées et à l'établissement définitif d'un anus contre nature. Nous n'avons en vue que ces cas, qui dès le début ne paraissent pas graves, dans lesquels l'état général n'est pas trop déprimé, où la température et le pouls ne s'écartent pas trop de la normale, dans lesquels en un mot, tous les signes plaident en faveur d'une localisation bien nette et peu étendue de l'affection. Ces cas-là — ils sont notés sept fois dans notre statistique — sont justiciables de la méthode par l'expectation armée, c'est-à-dire du traitement médical, institué et surveillé attentivement par le chirurgien, qui doit être prêt à intervenir à la moindre alerte ; car, chez l'enfant, la situation peut complètement changer avec une grande rapidité. C'est cette méthode qu'emploie notre maître, M. Broca, dans son service à l'hôpital Trousseau. Les enfants qui se présentent dans les conditions indiquées plus haut, sont d'abord soumis au traitement interne. Celui-ci consiste dans le repos le plus

complet dans le décubitus dorsal, la diète lactée absolue, l'opium à dose énergique de 3 à 10 centigrammes par jour suivant l'âge des malades, et de l'application d'une vessie de glace sur le ventre.

C'est le traitement médical par excellence, celui qui donne les meilleurs résultats et les plus rapides et qui est employé par tous les médecins des enfants, par Baginsky, Hénoc'h; Jalaguier, Jules Simon, Rilliet et Barthez, Brun, Comby, Matterstock, Sahli et Soltmann. Baginsky conseille chez les enfants vigoureux, quand la fièvre est très élevée et les douleurs violentes, d'appliquer *loco dolenti* quelques sangsues. Nous ne sommes pas partisan des émissions sanguines dans ces conditions, si minimes qu'elles soient, car elles sont capables d'épuiser les forces du malade et de retarder la convalescence.

Le but de ce traitement est de favoriser le développement des adhérences protectrices et de limiter ainsi davantage le foyer infectieux. Quant à l'immobilisation du gros intestin à l'aide des opiacés, on n'a pas à se préoccuper de la constipation qu'elle produit. On peut laisser durer celle-ci pendant 6 à 8 jours et même davantage (Sahli, Baginsky).

Ce n'est que lorsque la fièvre et la douleur auront presque disparu, et que l'amélioration aura persisté pendant quelques jours, que l'on provoquera des garde-robes, de préférence par les lavements. Baginsky conseille, d'attendre longtemps avant de permettre aux enfants de quitter le lit et de prendre une nourriture solide, et quand il s'agit de nourrissons, d'éviter également pendant longtemps, de les porter dans les bras. Les enfants à Trouseau ne reviennent au régime ordinaire, qui alors consiste uni-

quement en purées de légumes, qu'après cessation complète de tous les phénomènes.

Quant aux purgatifs que donnent encore beaucoup de médecins — et d'une façon générale les Américains, dans l'intention et l'espoir d'entraîner le fameux bouchon stercoral « imaginaire » comme l'appelle Sahli — ils sont non-seulement inutiles, mais nuisibles. Ils provoquent des mouvements intempestifs dans la masse intestinale et risquent ainsi de rompre les adhérences qui circonscrivent la péritonite. L'emploi des opiacés est diversement interprété par les auteurs. Les Anglo-Américains se déclarent adversaires acharnés de ce remède. Ils lui reprochent le tort grave de favoriser, tout en calmant les mouvements intestinaux, la parésie et par cela même le tympanisme. Or, une dilatation considérable du ventre par les gaz gênerait l'exploration physique et la rendrait impossible. Les partisans de l'opium, loin de lui trouver d'inconvénient, le préconisent comme médication par excellence pour calmer les douleurs, arrêter les vomissements, modérer les contractions intestinales et combattre le progrès de la péritonite (Millard). On peut le donner, soit sous forme de piqûres de morphine, soit, ce qui vaut mieux chez les enfants, sous forme d'extrait thébaique. Soltmann et Hénoch le donnent dans une émulsion d'huile pour atténuer l'irritation des masses fécales dures sur les parois de l'intestin. Ce traitement a été employé 7 fois dans nos cas avec un bon résultat. Les enfants étaient guéris au bout de dix à quinze jours, et il ne restait trace de l'empâtement primitif que dans deux cas, où l'on constatait un petit noyau dur et mobile dans la fosse iliaque droite.

Dans 72 cas M. Broca est intervenu. Les interventions consistaient 59 fois, soit dans la laparatomie iliaque, soit dans l'incision latérale le long du bord externe du muscle droit avec ou sans résection de l'appendice, soit dans la laparatomie médiane. Cette dernière fut faite douze fois parmi lesquelles trois fois la laparatomie médiane et latérale. La résection de l'appendice à froid a été pratiquée treize fois avec un résultat rapide et parfait ; d'un autre côté elle fut faite cinq fois pendant l'attaque aiguë avec trois cas de mort.

Les dates de l'intervention à chaud se répartissent de la façon suivante :

24 heures après le début = 2 fois avec 2 +				
2 jours	»	7	»	5
3	»	9	»	3
4	»	7	»	6
5	»	8	»	3
6	»	4	»	1
7	»	3	»	1
8	»	6	»	2
9	»	2	»	0
10	»	4	»	2
11	»	2	»	0
12	»	3	»	0
14	»	1	»	0
16	»	1	»	1
		59	26 +	

Au total, la mortalité dans nos cas a été de 32,10/0 ; pour les seules interventions elle s'est élevée à 35,6 0/0.

BACTÉRIOLOGIE

Quoiqu'il ne paraisse point démontré qu'un microbe spécifique préside à l'inflammation appendiculaire, il existe cependant une espèce que l'on rencontre dans tous les cas d'appendicite, qu'elles soient légères ou graves. C'est le bactérium coli commune d'Escherich, bactérie polymorphe, qui présente une analogie considérable avec le bacille d'Eberth. On le trouve soit seul, soit associé à d'autres organismes : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque de Friedlander, bacille cyanogène et l'actynomènes. Tandis que pour certains auteurs le bactérium coli serait le seul agent pathogène des lésions péri-appendiculaires, il faudrait pour les autres, parmi lesquels Beck et Welch, une association bactérienne pour produire des lésions d'appendicite et surtout d'appendicite grave. Le fait que l'on ne trouve pas toujours le streptocoque à côté du coli-bacille ne serait pas, d'après Welch, une preuve de son absence ; les colonies de coli-bacille pousseraient beaucoup plus vite que celles des streptocoques, de sorte que ce dernier passerait souvent inaperçu.

Dans tous nos cas le pus a été examiné par M. Achard qui a toujours trouvé le coli-bacille.

COMPLICATIONS POST-APPENDICULAIRES

La résection de l'appendice avec suture immédiate de la plaie n'est généralement pas suivie de troubles particuliers. Par contre, on peut observer dans les cas d'abcès traités par la simple ouverture et le drainage, certaines complications qui, sans être graves, nécessitent souvent une nouvelle intervention. Ce sont les fistules stercorales et les éventrations. La première, plus rare, nous n'en avons relevé que trois cas dans nos observations, guérit presque toujours spontanément au bout d'un temps plus ou moins long (1 an dans le cas de Buscariet). Il n'en est pas de même de l'éventration, qui constitue incontestablement un des inconvénients les plus désagréables et les plus fréquents des abcès traités par le drainage. Sur nos 45 cas traités ainsi, nous en avons noté 13 fois, dans la proportion de 28,10/0. Les auteurs qui se sont occupés de cette question pensent, qu'il existe dans la direction que l'on donne à l'incision, le moyen d'éviter l'éventration. Ainsi Reclus et Roux préconisent l'incision oblique près de l'épine iliaque antéro-supérieure comme exposant moins à la hernie que l'incision verticale. Sonnenberg qui a eu des éventrations dans 15,2 0/0 des cas, conseille de faire l'incision très en dehors, tout près de la crête iliaque. Kennedy, Mac-Burney, Beck croient que l'on peut éviter la hernie en pratiquant l'incision de telle

sorte, que les fibres des aponévroses et des muscles se correspondent. Frank Hartley conseille d'ajouter au drainage antérieur un drainage postérieur ; ceci permettrait d'enlever le drain antérieur au bout de très peu de temps, favorisant ainsi la réunion plus rapide de la plaie tout en assurant l'écoulement par le drain postérieur. Nous pensons avec notre maître, que tous ces différents procédés sont impuissants pour empêcher le développement ultérieur de la hernie ventrale, du moment où la réunion immédiate de la plaie n'est pas possible.

Elle reste donc un inconvénient inévitable, présentant toutefois cet avantage, de permettre l'appendicectomie à froid à l'occasion de la cure radicale de l'éventration. C'est ainsi que M. Broca agit dans tous les cas de hernies post-opératoires.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1. — L'appendicite chez l'enfant est une maladie grave présentant une mortalité considérable (32 0/0 d'après nos observations).

2. — La pathogénie de la « cavité close » n'est pas applicable à l'appendicite chez l'enfant; l'oblitération inflammatoire ou calculeuse de l'appendice est rare.

3. — Les lésions anatomo-pathologiques prédominantes sont des lésions perforantes et gangréneuses.

4. — Il n'y a que deux formes cliniques nettes et diagnostiquables : l'appendicite aiguë avec péritonite suppurée, enkystée, et l'appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée.

5. — Le traitement de choix de la première forme est l'appendicectomie à froid dans les cas bénins; l'incision iliaque ou l'incision latérale le long du bord externe du muscle droit sans recherche de l'appendice dans les cas nécessitant une intervention immédiate. Dans les cas de péritonite généralisée avec foyer iliaque localisé, la laparotomie médiane et latérale est indiquée.

Toutes nos observations sont inédites, exceptées les n° 5, 10, 24, 27 et 33, publiées dans la thèse de Jacob, et 76, publiée par M. Broca dans le numéro d'octobre de la *Gazette hebdomadaire*.

OBSERVATIONS

Filles.

OBS. 3. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée partielle. Laparotomie iliaque. Guérison.

Marcelle L..., 27 mois, entrée le 24 mars, salle Giraldès, sortie le 19 mai 1895. Pas de renseignements sur les antécédents ni sur le début. A l'examen, on constate que l'abdomen était volumineux avec saillie manifeste à gauche. Cuisse gauche dans la flexion complète sur le bassin, l'articulation de la hanche cependant libre. Malgré le tympanisme généralisé, on sent un empatement profond, très douloureux dans la fosse iliaque gauche. Circulation veineuse un peu exagérée. Etat général mauvais. Enfant somnolent, extrémités froides. T. 39°,6. Le 25, au matin, même état, mais la température était descendue à 37°,4. Le même jour, incision de la fosse iliaque gauche. On arrive sur une vaste cavité, d'où il s'écoule abondamment du pus blanchâtre sans odeur fécaloïde (un demi-litre environ). Lavage à l'eau boricuée tiède. Deux gros drains. Suture partielle de la plaie. Pansement. Le 26 mars, état général assez bon, bien que l'enfant soit encore somnolente. T. 37°,7 le matin.

1^{er} avril, ablation des fils ; 30 avril, suppression du drain. Sort le 19 mai, entièrement guéri.

Obs. 8. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparotomie iliaque. Guérison.

Louise H..., 7 ans, entrée à la salle Giralaldès, le 9 octobre 1895, sortie le 24 octobre. Pas de renseignements sur les antécédents. L'enfant a été depuis quelque temps soignée au lit pour une arthrite fongueuse du genou droit. Début brusque de la maladie actuelle il y a huit jours, par des douleurs dans le côté droit du ventre avec vomissements. A l'examen, on constate un empatement net dans la fosse iliaque droite avec rougeur de la peau à ce niveau. Pas de ballonnement, pas d'attitude spéciale de la cuisse. Température assez élevée. Opération immédiate. L'incision parallèle à l'arcade crurale ouvre une poche assez vaste qui donne issue à une quantité notable de pus très fétide. L'appendice pas vu, ni cherché. Lavage au sublimé. Mèche iodoformée. Pansement iodoformé. Pas de suture. Guérison complète au bout de quinze jours. Revue depuis : pas de fistule.

Obs. 2. — Appendicite perforante aiguë avec péritonite suppurée progressive. Laparotomie iliaque. Mort.

Adrienne F..., 8 ans, entrée salle Giralaldès, le 27 août 1895, décédée le 4 septembre. Antécédents héréditaires nuls. Elevée au biberon, l'enfant a souvent des troubles gastro-intestinaux notamment la diarrhée. Rougeole à 4 ans. Début de la maladie le 25 août, par des coliques très fortes, de la céphalée, de la fièvre et des vomissements. Le maximum de la douleur est dans la fosse iliaque droite. A l'examen, on constate à ce niveau de l'empatement profond et de la submatité s'étendant jusqu'à

gauche de la ligne médiane. Sous le chloroforme, l'empâtement est à peine perceptible.

Le 27, incision sur le bord externe du droit. Evacuation d'un abcès situé en dedans et en bas. Drains, pansement. Malade très agitée, mais pouls pas mauvais. Le 29, peu de pus dans le pansement que l'on change. Constipation opiniâtre. Le 2 septembre, on sent par le toucher rectal une masse résistante, arrondie, très douloureuse en avant et à droite du rectum qui est plein de matières.

Le 4 septembre, pouls insensible; mort.

Autopsie. — Adhérences pleurales très fortes à droite, rien à gauche. Adhérences du péritoine, de l'épiploon, du cœcum et de l'intestin grêle au bord de la plaie. Poche purulente entre l'S iliaque et l'intestin grêle, se prolongeant dans le petit bassin qu'elle remplit. Plusieurs petites poches purulentes entre les anses agglutinées de la portion terminale de l'intestin grêle. L'appendice qui contient *un calcul* se dirige en haut et en dedans vers le bord inférieur de l'iléon auquel il adhère. Le bout de l'appendice est flottant et porte une large perforation.

OBS. 15. — Appendicite perforante avec abcès péri-cœcal.

Incision iliaque. Guérison avec éventration. Cure radicale de l'éventration et résection de l'appendice à froid.

Julia L. ..., 8 ans, entrée le 1^{er} février 1894 à la salle Giralès, sortie le 16 avril. Pas d'antécédents particuliers. Début le 28 janvier par de la céphalalgie, des douleurs abdominales, surtout du côté droit de la constipation et des vomissements. Même état à l'entrée. On constate un empâtement profond dans la fosse iliaque droite qui est très douloureux à la pression. Ouver-

ture et drainage de l'abcès. Sort guérie le 16 avril. Rentre, le 6 novembre 1894, dans le service pour une éventration. Le 19 novembre, résection de l'appendice à froid suivant le procédé classique.

L'appendice est perforé au bout et dilaté. Aucune adhérence dans cette région. Cure radicale de l'éventration. Sort guérie le 8 janvier. Revue le 26 février 1896. Abdomen normal à tous les égards ; cicatrice parfaite.

OBS. 16. — Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

Yvonne H., 8 ans 1/2, entrée le 31 mai 1895, à la salle Giral-dès, sortie le 16 juin. Pas d'antécédents. Début dans la nuit du 31 mai. L'enfant qui s'était couchée en bonne santé s'est réveillée à une heure du matin et a été prise de vomissements fréquents. Immédiatement, elle a ressenti une vive douleur dans l'abdomen. Douleurs et vomissements ont continué pendant toute la nuit ; les vomissements ont cessé après. A l'examen, on constate de la matité dans la fosse iliaque droite qui est très douloureuse à la pression. T. 38°,7. Même état jusqu'au 5 juin. Ce jour-là, douleur spontanée et provoquée, nulle. Sonorité de l'abdomen. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, T. 37°,6. On cesse l'application de la glace. Le 9, lavement à la glycérine. Exeat le 10, sans aucun symptôme.

OBS. 17. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente généralisée. Perforation du cœcum et section spontanée de l'appendice. Laparotomie latérale. Mort.

Clara M., 8 ans 1/2, entrée le 2 octobre 1895, à la salle Giral-dès, décédée le 8 octobre. Scarlatine, fluxion de poitrine à 3 ans

abcès de l'aîne à 4 ans. Malade depuis 8 jours. Début par des vomissements subits pendant 3 heures, douleurs abdominales et rénales, frissons, fièvre. Les vomissements se répètent dans le cours de la semaine, accompagnés de diarrhée. A l'entrée on trouve un gâteau dur, très douloureux à la pression, avec matité dans la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, une masse assez dure à droite. T. 39 ; pouls petit, assez régulier. Le 4 octobre, T. remonte, douleurs plus faibles, pas de diarrhée. Albuminurie. Le 6, laparatomie latérale. Incision au bord externe du muscle droit. Après l'ouverture du péritoine qui est sain, on arrive sur l'épiploon dont la pointe est fixée en bas. Dès que l'on tire sur cette pointe on fait sourdre quelques gouttes de pus, provenant d'une perforation de l'angle iléo-cœcal du mésentère. Cet angle étant relevé, on voit sous lui une tumeur enflammée contenant des fongosités et très peu de pus. On y sent, descendant un peu dans le petit bassin, un cordon, que l'on amène au dehors, constitué par l'appendice long de 3 centimètres. En dehors et en arrière de lui, juste près de son insertion, le cœcum présente une perforation. Suture de cette perforation au point de Lembert. Cela fait, on retire de la partie plongeant dans le petit bassin, le reste de l'appendice long de 5 centimètres. Suture au Lembert de la perforation mésentérique supérieure. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Sutures. Le 7 octobre, au matin, vomissements et agitation de plus en plus grande, faciès péritonéal, soif vive, pouls filiforme. Le soir, agitation extrême, extrémités refroidies, pas de pouls, vomissements incoercibles. Mort dans la nuit du 8 octobre.

A l'autopsie, symphyse pleurale double. Péritonite généralisée.

OBS. 19. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparotomie iliaque. Guérison avec légère éventration.

Marthe G..., 9 ans 1/2, entrée, salle Giraldès le 1^{er} août 1894. Sortie le 27 septembre. Pas d'antécédents pathologiques. Début brusque le 21 juillet par une douleur très vive dans la fosse iliaque droite avec vomissements. Le lendemain, purgation à l'huile de ricin qui agit. La douleur persiste jusqu'à l'entrée à l'hôpital. On constate alors que le ventre est tendu et douloureux sur une zone située entre l'épine iliaque droite et l'ombilic. A ce niveau : empâtement profond et matité. T. 39°,2, pouls plein et régulier, faciès bon. Opération le jour même. Incision ouvre une poche purulente d'où il s'écoule abondamment du pus très épais, horriblement fétide. Suture partielle de la plaie, drains, tamponnement à la gaze iodoformée. Suites normales. Sort guérie le 27 septembre avec éventration.

OBS. 24. — Thèse de Jacob. — Appendicite ulcéreuse avec péritonite généralisée. Laparotomie médiane. Mort.

Augustine P..., 10 ans, fillette vigoureuse, sans antécédents pathologiques, a été prise le 16 mai 1893 de douleurs abdominales avec vomissements. Le 17 la douleur est généralisée, tout en restant plus vive à droite, ventre un peu ballonné, l'état général excellent. Dans la nuit à la suite de lavements purgatifs, il y a eu une débâcle et le lendemain à 4 heures du matin le médecin traitant trouve l'enfant en pleine péritonite diffuse. Ame-

née à l'hôpital on constate du ballonnement du ventre qui est douloureux partout. Agitation extrême, cyanose, pouls insensibile. Laparatomie médiane. Epiploon gangréné, pus partout dans l'abdomen avec gros foyer pelvien, un autre près de l'estomac. L'appendice plonge dans le bassin, il adhère à l'épiploon et aux organes génitaux qui sont très congestionnés. Mort dès le début de l'opération. L'appendice est court, rouge, tuméfié. Follicules clos énormes. Muqueuse épaissie présente une grande ulcération tout près du cœcum. Cette ulcération n'a respecté que la séreuse. Coprolithes nombreux.

OBS. 25. — Appendicite aiguë. Péritonite purulente localisée.
Laparotomie iliaque. Guérison.

Louise D..., 10 ans 1/2, entrée le 9 novembre 1894, salle Giral-dès, sortie le 17 mai 1895. Antécédents héréditaires nuls. Rougeole et coqueluche à 18 mois. S'enrhume et tousse facilement. Début brusque le 31 octobre par des vomissements et de la diarrhée. Le 4 novembre, le médecin appelé ordonne un vésicatoire, lavement glycérine et de sulfate de soude.

Même état jusqu'à l'entrée. A ce moment on constate une tumeur, mal délimitée, mate à la percussion, douloureuse à la pression et située dans la fosse iliaque droite. T. 38, pouls à 100. Etat général pas très mauvais. Le 18 novembre incision iliaque classique. Après ouverture du péritoine on arrive dans une cavité qui laisse écouler un peu de pus épais. Le lendemain, T: 39°.

Après une suppuration assez abondante, la plaie est entièrement fermée le 17 mai et l'enfant part en convalescence.

OBS. 26. — Appendicite aiguë et péritonite généralisée. Perforation du cœcum. Laparotomie iliaque. Mort.

Marguerite P..., 11 ans, entrée salle Giralès, le 11 janvier 1895, décédée le 17 janvier. Pas d'antécédents pathologiques. Le 3 janvier, traumatisme lombaire, l'enfant fait une chute sur un meuble et se plaint de douleurs de reins qui passent bientôt. Le 8, elle ressent subitement une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen. Malgré lavements et cataplasmes, la douleur persiste. Pas de vomissements, mais un peu de fièvre, et de constipation. A l'entrée : ventre considérablement ballonné, matité dans la fosse iliaque droite et point douloureux entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure.

Pas de plaque nette à la palpation. Peut-être sent-on un cylindre induré, mais les sensations sont peu sûres en raison du ballonnement. T. 38°,2, pouls 135, assez bon. Incision iliaque. On tombe sur une collection paraissant limitée et contenant environ un verre de pus fétide. Pas d'exploration approfondie pour ne rien rompre. Deux drains, quatre points de suture.

Le 12. — T. 38°, pouls 110. Le 13 : plus de ballonnement ni vomissements, pouls plein et au-dessous de 100, mais état général encore mauvais, langue chargée, nez et lèvres pincés.

Le 4 — L'enfant défait son pansement qui est aussitôt refait. Etat général comme hier. Le 15 : diarrhée, ventre douloureux, recommence à se ballonner. Le 16 : il s'écoule par la plaie du pus noirâtre avec des débris de tissu sphacélé. Lavage à l'eau phéniquée à 10/1000. Le 16 : agitation, délire, cyanose, mort dans la nuit.

A l'autopsie. — Péritonite généralisée. On trouve au-dessous et

en dehors du cœcum un calcul stercoral gros comme un noyau de datte. L'appendice saillant comme un petit kyste est allongé sur la partie inférieure du cœcum. Il n'est pas perforé, mais sur le cœcum en dedans de l'appendice, on voit une petite perforation arrondie de 2-3 millimètres de diamètre.

OBS. 28. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée. Laparotomie iliaque. Mort.

Gabrielle D., 11 ans, entrée salle Giraldès, le 25 juillet 1895, décédée le 26 juillet. Antécédents personnels : rougeole, coqueluche et variolo. A toujours souffert du ventre, rendait et avait la diarrhée.

Début brusque le 22 juillet par des douleurs dans la fosse iliaque droite. A été deux fois purgée sans effet. A l'entrée : ventre ballonné, submatité dans les deux fosses iliaques, mais on ne sent pas nettement un empâtement ; à droite cependant, en arrière et en haut de la fosse iliaque, soupçon de quelque chose. Douleur généralisée, strabisme, vomissements porracés, faciès non grippé, T. 39°, pouls à 120. L'incision iliaque ouvre un foyer mal limité d'où s'écoule du pus abondant et assez épais. Drains, pansement. Morte le lendemain.

A l'autopsie. — Péritonite général. Anses intestinales adhérent entre elles d'une façon solide. L'appendice est accolé à la face postérieure du cœcum par de volumineuses fausses membranes et perforé à sa partie moyenne en plein péritoine. Pas de calcul dans l'intérieur.

Examen du pus par M. Achard : colibacille et staphylocoques.

OBS. 36. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente partielle. Laparotomie latérale. Guérison. Eventration.

Léontine P..., 13 ans, entrée salle Giralès, le 6 juillet 1895, sortie le 29 août. Antécédents personnels tuberculeux. Rougeole à 3 ans, rhumatisme articulaire avec insuffisance mitrale à 9 ans.

Sommet gauche suspect. Début le 29 juin. Ce jour-là, l'enfant mal en train depuis une semaine, se plaint d'une douleur dans le côté droit de l'abdomen. Elle s'alite et continue à souffrir le lendemain où surviennent des vomissements verdâtres et une diarrhée qui persiste jusqu'à l'entrée dans le service. A ce moment, on sentait dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme une mandarine, douloureuse au toucher, mate et fluctuante. Ouverture de l'abcès qui donne issue à un 1/2 verre à Bordeaux de pus fétide. Drainage, pansement. Examen du pus par M. Achard : coli-bacille. Cicatrisation le 29. Paroi abdominale faible et tendance à l'éventration.

OBS. 37. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée, enkystée. Laparotomie latérale. Guérison.

Georgette P..., 13 ans, entrée à Giralès, le 4 septembre 1895, sortie le 22 octobre. Pas d'antécédents pathologiques. Depuis un an, alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée avec coliques. Depuis six mois, un peu pâlotte, sans appétit et toujours fatiguée. Envoyée à la campagne, elle allait beaucoup mieux, quand le 30 août, en se réveillant, elle fut prise de douleurs abdominales, avec vomissements qui persistaient encore

le lendemain. Puis la douleur se localise dans le côté droit avec irradiation dans la cuisse correspondante et il survient de la diarrhée abondante avec ballonnement du ventre. A l'entrée : on trouve un empâtement douloureux assez bien limité dans la fosse iliaque droite. Incision iliaque classique et évacuation d'une collection. Appendice n'a pas été vu. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement. Examen du pus, coli-bacille et streptocoques. Suites simples. Cicatrisation complète le 22.

OBS. 38. — Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

Jeanne L..., 13 ans, entrée salle Giralès, le 6 septembre 1895, sortie le 22 septembre.

Rougeole à 5 ans, variole à 8 ans. Se plaignait depuis quelque temps de douleurs abdominales et se trouvait bien fatiguée. Le 4 septembre, au réveil, elle ressent une douleur vive dans tout l'abdomen et se met à vomir. Garde-robes normales. Dans la nuit, les douleurs deviennent plus violentes. A l'entrée, on constate une T. de 39,6 et pouls rapide; douleurs intenses dans l'épigastre et les deux fosses iliaques, mais à maximum dans la fosse iliaque droite. Pas de submatité ni empâtement net à ce niveau. Repos, diète, opium, et glace sur le ventre. Le 22 septembre, plus de douleurs spontanées ni provoquées, fonctions digestives régulières.

OBS. 39. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée. Laparatomie iliaque. Mort.

Marie L..., 13 ans, entrée salle Giralès, le 13 septembre 1893, décédée le même jour. Pas d'antécédents pathologiques. Début brusque il y a quinze jours par des douleurs vives dans le flanc

droit, frissons, fièvre (38°). Même état pendant huit jours, accompagné de vomissements et d'insomnie. Il y a quatre jours, douleurs plus violentes, diarrhée fétide, augmentation de la température et agitation. A l'entrée, l'enfant ne peut se tenir debout ni faire un mouvement sans accuser par des cris la douleur intense dans le flanc droit. Abattement. T. 41°, p. 120, langue saburrale. Urines normales. Ventre un peu ballonné; souple, indolore à gauche. A droite dans le flanc, une masse ferme, profonde, large, s'avancant vers la ligne médiane, remontant jusqu'au foie et descendant dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Au devant de cette masse on sent l'intestin. L'incision postérieure donne issue à une grande quantité de pus très fétide. On ne trouve pas l'appendice. Drainage à la gaze iodoformée. Morte deux heures après. A l'autopsie, lésion de péritonite généralisée récente. L'appendice en arrière du cœcum, présente deux perforations ovalaires, l'une près de la base, l'autre à la partie moyenne.

OBS. 42. — Appendicite aiguë perforante, avec péritonite suppurée partielle. Laparatomie iliaque. Guérison.

Gabrielle R..., 14 ans 1/2. Entrée salle Giralès, le 16 octobre 1895, sortie le 27 novembre. Antécédents personnels, rougeole, scarlatine et faux croup, habituellement constipée. Début le 8 octobre, par une vive douleur dans la fosse iliaque droite, survenue à la suite d'une garde-robe. A partir de ce moment, constipation et fièvre intense. Pas de vomissements. A l'examen, empatement douloureux dans la fosse iliaque droite, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le doigt entre facilement entre cette dernière et la fosse. Pas d'œdème de la paroi. Inci-

sion iliaque le 18 octobre. On tombe sur un abcès au milieu duquel se dresse l'appendice entouré de fausses membranes; il est friable et se rompt sous le doigt. Pas de concrétion dans sa cavité, mais une ulcération large le coupe entièrement. On l'enlève. Pus abondant, séreux et fétide. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement. Guérison le 27 novembre avec une cicatrice petite et linéaire.

OBS. 43. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée partielle.
Laparatomie latérale. Guérison.

Antoinette M., 14 ans, entrée salle Giraldès le 5 octobre 1894, sortie le 19 novembre. Antécédents héréditaires nuls. Bonne santé habituelle, mais pas encore réglée. Depuis trois ans se plaint fréquemment de douleurs abdominales avec constipation opiniâtre, restait parfois cinq, six jours sans aller à la garde-robe. Le 30 septembre à midi, elle fut prise brusquement d'une violente douleur dans la région épigastrique et la fosse iliaque droite qui la faisait courber en deux. Douleurs, anorexie et soif vive continuent jusqu'à l'entrée. A ce moment, ventre légèrement ballonné, douloureux à la palpation et matité au niveau de la fosse iliaque droite. T. 39°, pouls 132, mou, faible, faciès péritonéal. L'incision iliaque ouvre un abcès volumineux bien limité et contenant un verre à Bordeaux de pus. Suture partielle, drainage, pansement iodoformé. Examen du pus : colibacille. Sort guérie le 19 novembre; revue à la fin de décembre, excellent état, pas d'éventration.

OBS. 57. — Appendicite perforante avec péritonite septique diffuse. Laparotomie latérale. Mort.

Blanche Ch..., 9 ans 1/2, entrée le 4 mai 1896, à la salle Giral-dès, décédée le 7 mai. Antécédents héréditaires, nuls. Antécé-dents personnels : rougeole et rhumatisme articulaire ; est su-jette à des accès de migraine survenant habituellement tous les 15 jours. Début le 1^{er} mai. L'enfant reçoit d'une de ses cama-rades un coup de poing dans le ventre. Dès le lendemain l'ab-domen devient douloureux, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, fièvre, anorexie, insomnie, constipation. Cet état persiste jusqu'à l'entrée. A ce moment, l'état général mauvais, T. 38°,2, pouls 125, faible ; faciès grippé, yeux excavés, nez pincé, langue sèche. Douleur et empâtement généralisé dans tout l'abdomen même la région épigastrique est douloureuse. Sonorité au-dessus de l'ombilic, matité dans tout l'espace situé au-dessous d'une courbe passant par l'ombilic et les deux épines iliaques. Incision latérale. On arrive sur des fausses membranes verdâtres qui agglutinent l'épiploon et les an-ses intestinales. Le doigt introduit dans l'abdomen, reconnaît que ces fausses membranes produisent des cloisonnements im-parfaits, étendus très loin. Une poche purulente est vidée. Drain, pansement iodoformé. Examen du pus : coli-bacille et sapro-phytes nombreuses. Mort dans la nuit du 6 mai. Pas d'autop-sie. Mais en élargissant l'incision, on découvre l'appendice qui est perméable, violacé, et perforé à son extrémité libre. Dans l'intérieur une concrétion fécale. Péritonite du petit bassin, adhérences et loges purulentes partout.

OBS. 58. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée.
Laparatomie iliaque. Mort.

Marie V..., apprentie blanchisseuse, 13 ans, entrée à la salle Giraldès le 29 avril 1896, décédée le même jour. L'enfant est amenée dans l'après-midi avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse et jouit d'une bonne santé habituelle. Le 24 avril elle a été prise dans la soirée d'un violent besoin d'aller à la garde-robe qu'elle n'a pu satisfaire. La nuit, survinrent de violentes douleurs abdominales accompagnées de quelques vomissements bilieux. Depuis ce jour, constipation opiniâtre malgré de nombreux purgatifs et lavements. Douleurs et vomissements ont persisté et trois médecins posent le diagnostic de fièvre typhoïde et la traitent en conséquence. L'enfant n'a jamais eu de crise analogue. A l'entrée, faciès péritonéal des plus nets. T. 37°5, pouls 140, petit, dépressible, langue sèche, saburrale, nez pincé et froid, extrémités glacées. Dyspnée légère. Ventre météorisé, douloureux dans toute son étendue, mais avec prédominance dans la fosse iliaque droite. A cet endroit on sent nettement un empâtement assez volumineux qui est mat. L'enfant, réglée depuis 4 mois, a ses règles depuis la veille au soir. Opération. Incision iliaque. Issue d'une grande quantité de pus fétide. Drainage et pansement. Mort à 10 heures du soir. Pas d'autopsie, mais on voit à travers l'incision aggrandie les lésions de péritonite généralisée. Examen du pus par Achard : Coli-bacille et streptocoques en longues chaînettes.

Obs. 69. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Laparatomie latérale par M. Broca. Laparatomie médiane par M. Jalaguier. Mort à la suite d'obstruction intestinale.

Augustine M..., 11 ans, entrée salle Giraldès le 4 juillet 1896 ; décédée le 14 août. Influenza en 1889. Début le 1^{er} juillet. En rentrant de l'école, se plaint de fortes douleurs dans le ventre. Dans la soirée surviennent une légère épistaxis, des vomissements et de la diarrhée qui durent toute la nuit.

Vers le matin, la diarrhée cesse et depuis, l'enfant est constipée, mais les vomissements, les douleurs et la fièvre se sont accrues, surtout dans la journée du trois. Le médecin appelé croit à une dothiéntérie. Les parents ont mis tous ces accidents sur le compte d'une chute, que l'enfant aurait faite il y a quinze jours et où elle se serait frappée violemment le ventre contre le coin d'une table.

A l'entrée, l'aspect général pas celui d'une typhique. T. 40°,2, pouls à 120. Intelligence parfaitement conservée. Vomissements fréquents, franchement porracés. Pas de garde-robe depuis deux ours, mais elle rend des gaz. Ventre ballonné. Peu douloureux spontanément et dans le décubitus dorsal, il devient fort douloureux dès le moindre effort de l'enfant. Douleur aiguë exquise dans la fosse iliaque droite vers le milieu d'une ligne, allant de l'épine iliaque droite à l'ombilic. Pas de tumeur appréciable ni de matité nulle part. Pouls fréquent, un peu petit, urines rares. Toucher rectal négatif. Incision iliaque. Issue d'une grande quantité de pus séreux louche. Drains et mèche iodoformée. Suites opératoires excellentes jusqu'au 6 août. Ce jour là, vomissements porracés. L'enfant étant constipé on donne plusieurs doses d'huile de ricin. Pas d'effet, trois lavements éga-

lement sans effet, un quatrième amène des selles abondantes. Le 8, quatre attaques d'hystérie? Le 9 et le 10, vomissements bilieux, mais bon état général. Le 12, ballonnement du ventre. Le 14, vomissements bilieux, T. 37°,6, pouls 150, faciès altéré. Ventre peu douloureux. Toucher rectal montre que le plancher du bassin est blindé par un plastron très dur qui immobilise tous les organes.

Le 19. — Laparatomie médiane par M. Jalaguier. Pas d'exsudat ni fausse membrane sur le péritoine. On trouve dans le bassin trois brides épiploïques dont une, grosse comme le petit doigt, qui étranglent manifestement l'intestin.

L'intestin grêle est très distendu, le gros intestin aplati. Section des brides entre deux ligatures. Aussitôt après l'opération, vomissements fécaloïdes, pouls incomptable, mort.

Autopsie. — L'appendice est vide et ne présente aucune lésion à l'œil nu. Plusieurs anses de l'intestin grêle sont agglutinées et forment un magma dans le petit bassin (le plastron senti pendant la vie).

Obs. 71. — Appendicite sub-aiguë avec péritonite suppurée localisée. Laparatomie iliaque par M. Arrou. Guérison.

Berthe Ch., 8 ans, entrée salle Giral dès le 21 juillet 1896, sortie le 20 septembre. Rougeole et fluxion de poitrine. Début il y a un mois, par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, de diarrhée, des vomissements et de la fièvre.

A l'entrée, T. 39°, foyer appendiculaire localisé typique avec douleur et submatité. Incision classique. Ouverture et évacuation d'une poche rétro-cœcale contenant une grande quantité de pus non fétide. Appendice non vu. Drainage à la gaze asep-

tique. Suites normales. Sort le 20 septembre absolument guérie. Cicatrice linéaire, souple. Pas d'éventration.

GARÇONS

OBS. 1. — Appendicite aigue avec péritonite suppurée enkystée. Laparatomie iliaque. Résection de l'appendice à froid Guérison.

Georges P..., âgé de 2 ans, entré le 12 décembre 1893, sorti le 1^{er} février 1894. Né à terme, élevé au sein et d'une bonne santé habituelle, l'enfant n'a ni antécédents héréditaires ni personnels. Début brusque le 10, par de la fièvre vive, de la douleur dans la fosse iliaque droite et de la constipation. A l'entrée : T. 38°,8 et pouls assez rapide mais régulier ; vomissements bilieux fréquents ; rien dans la gorge ni dans la poitrine. L'enfant est agité et souffre beaucoup. Ventre un peu ballonné, dur et douloureux à la pression surtout dans la région iléo-cœcale où l'on constate une diminution de la sonorité. Palpation profonde impossible à cause de la contracture des muscles abdominaux. Les vomissements ont cessé, mais la constipation persiste. Le soir, la température remonte à 40°,8. Le lendemain T. 38°,5 et même état. Le 15 opération sous chloroforme. Incision iliaque classique, évacuation et drainage de la poche. Suites opératoires normales, mais il existe une fistule stercorale, une sorte de prolapsus ou de hernie de l'appendice. Rentre de nouveau le 27 mars 1894 à la salle Denonvilliers et sort le 26 avril, cette fois radicalement guéri.

Le prolapsus d'appendice, s'étant aggravé, et une légère éventration s'étant produite, M. Broca en fit le 5 avril la résection suivant le procédé classique. Pas de drainage, et pansement à

la gaze aseptique. Suites normales, exéat le 26. — Examen histologique de l'appendice par M. Pilliet : petite perforation au bout et à l'intérieur des lésions de folliculite lymphatique.

OBS. 2. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente partielle. Laparatomie iliaque. Guérison. Rechute sept jours plus tard et mort par péritonite généralisée.

Adolphe H..., 26 mois, entré le 9 mars 1895, sorti le 5 mai. Enfant maladif, sans antécédents héréditaires. En août 1894, diarrhée verte et en novembre de l'entérite aiguë. Depuis trois mois mangeait de la nourriture de ses parents. Début de la maladie le 8 mars 1895. Après l'ingestion d'un peu de bouillon, l'enfant est pris brusquement de vives douleurs dans le ventre et de vomissements. Un peu de calme se produit vers le soir, mais les vomissements recommencent, dès que l'enfant prend un peu de lait. La nuit est très mauvaise ; fièvre, agitation, douleurs intenses et constipation. Le 9, au réveil, de nouveaux vomissements verdâtres. Le petit malade est amené ce jour à l'hôpital. A l'examen on constate un peu d'empâtement dans la région cœcale dont la pression détermine des cris, mais ni œdème, ni circulation collatérale. A ce niveau il y a de la submatité, tout le reste de l'abdomen est sonore et sensible à la pression. Les vomissements ont cessé, mais la fièvre (39°), la constipation et la douleur persistent. Le lendemain, état général satisfaisant, quoique déprimé. T. 38°, pouls bon, faciès coloré. Le 10 mars, opération sous chloroforme. Incision iliaque courbe. Evacuation d'un demi-verre à Bordeaux de pus ; drain, pansement. Suites normales. L'enfant quitte l'hôpital le 5 mai ; la plaie est cicatrisée, mais présente de tendance à l'éventration. Sorti guéri, l'enfant est bientôt repris de coliques,

de fièvre, d'amaigrissement, et le 12 mai, il est amené de nouveau à l'hôpital. Là, son état s'améliore peu à peu ; mais au bout de onze jours d'apyrexie complète, la température s'élève et on constate le 12 juin une fistulette stercorale. On remet le drain et l'état redevient bon, la fièvre tombe et la suppuration redevient bientôt nulle. Puis, le 12 juillet éclatent de nouveaux accidents, mais qui disparaissent également vite. Cicatrisation de la plaie et apyrexie jusqu'au 4 août. Du 4 au 7 août, petite poussée fébrile, qui cesse, la cicatrice s'ouvrant toute seule. A partir de ce moment, M. Broca songe à une intervention à froid, mais vu l'état excellent de l'enfant, il ne se presse pas. Puis le 28 août, début des vomissements avec fièvre intense, les symptômes de péritonite apparaissent et malgré l'établissement du drain, mort en cinq jours.

Autopsie. — Adhérences pleurales résistantes à la base droite et à gauche dans toute la hauteur. Dans la région sous-ombilicale, le péritoine pariétal adhère à l'épiploon et celui-ci adhère aux anses intestinales. Au niveau de la plaie cutanée les adhérences sont très solides. Le trajet du drain descend entre le rectum et la vessie. Adhérences fragiles entre les anses intestinales, limitant de petits abcès à pus épais, verdâtre. Une poche purulente assez grosse est limitée par des adhérences entre la face inférieure du foie et le colon. Une autre grosse poche entre l'intestin grêle, le colon descendant et la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. L'appendice inclus en grande partie dans des fausses membranes, se dirige en haut et vers la ligne médiane ; il adhère à la face antérieure de l'intestin grêle. A 1 centimètre de son insertion cœcale, il est bleuâtre et complètement rompu au milieu des fausses membranes. Sur l'intestin grêle à 8 centimètres de la valvule iléo-cœcale existent trois perforations, sortes de fentes transversales par lesquelles sortent librement les matières fécales.

OBS. 4. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

Laparatomie médiane. Mort.

Félix L..., 3 ans 1/2. entré le 24 juillet 1895 d'abord en médecine, salle Archambault, puis il passe à Denonvilliers. Enfant venu à terme, nourri au sein, sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche et variole. Début de la maladie il y a 3 semaines par de la toux, de la fièvre et du malaise général. Le 23 à midi, l'enfant qui jusque-là n'avait pas souffert du ventre est pris subitement de coliques intestinales, de vomissements abondants bilieux, d'abattement et de convulsions. Opéré en pleine péritonite généralisée. Mort le même jour. Pas d'autopsie.!

OBS. 5 (personnelle à M. Broca). — Appendicite aiguë. Laparatomie médiane. Mort de péritonite généralisée.

André M..., 3 ans 1/2. Bonne santé habituelle, mais facilement dyspeptique, toujours constipé, n'a pour ainsi dire jamais été à la selle sans lavement.

Hérédité artério-sclérose. L'enfant a toujours été alimenté avec soin, mais pour combattre la constipation, on lui avait fait en dernier temps manger des raisins en quantité notable. Le 17 septembre 1895, étant à jouer, il fut brusquement pris de douleurs abdominales vers l'ombilic et d'un vomissement alimentaire. Puis il se remit assez bien, sauf qu'il reste pâle, et le soir, prenant sa température, sa mère trouva 39°,4. Dès le lendemain il y avait un ballonnement considérable du ventre et à partir de ce moment quelques détentes, mais le météorisme reste

toujours intense. Un médecin appelé constate une accumulation considérable de matières fécales dans le reste de l'S iliaque et obtient la débâcle à l'aide de l'évacuation digitale du rectum. Il est venu ensuite des matières très abondantes, liquides et d'une horrible fétidité.

Dans les matières, nombre de pépins de raisins. La température ne bouge pas. Elle est entre 39° et 40°. Depuis la débâcle l'enfant boit un peu de lait et va bien à la selle. M. Broca est appelé d'urgence le 27 septembre. Le 28, il trouve le ventre énorme. D'abord rien d'appréciable par la palpation ni par la percussion ; rien comme méningite, rien dans la poitrine, pas d'épanchement liquide du ventre. Pouls entre 120-140. Rien par le toucher rectal. Cependant l'un des médecins traitants dit avoir trouvé quelques jours auparavant une nodosité dure vers le détroit supérieur à gauche. Opération sous chloroforme le même jour. Laparatomie médiane. Entrée du péritoine non adhérent ; intestin grêle un peu rouge et très distendu. En bas, près de la symphyse, une énorme poche remplissant tout le petit bassin d'où il sort du gaz, puis du pus. Le doigt y sent l'appendice accolé contre le détroit supérieure à droite un peu au-dessus de lui. Lavage, drains, suture attentive du péritoine. Mort le lendemain.

Obs. 6. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite purulente généralisée. Laparatomie médiane. Mort.

Raoul B..., 5 ans 1/2, entré le 29 octobre 1893, décédé le 30 octobre. Antécédents héréditaires bacillaires. L'enfant tousse un peu tous les hivers. Aurait eu en mars 1893 une pneumonie et a un peu souffert du ventre à cette époque, mais sans avoir

présenté des troubles digestifs. Très bonne santé depuis. Le 26 octobre, vers 7 heures du soir, se plaint subitement d'une douleur dans la région ombilicale. Il dine cependant comme d'ordinaire. A été à la garde-robe le matin et était absolument bien portant jusqu'à ce moment. La nuit, sommeil troublé à cause des douleurs. Le 27 il fait encore ses besoins, déjeûne, va à l'école, y retourne l'après-midi. Le soir, peu d'appétit. Mis au lit, il est pris de douleurs très vives qui lui font pousser des cris. Tenesme anal et vésical. Urines rares. Vomissements vers deux heures du matin. Samedi le 28 on lui donne un lavement qui n'est pas évacué. Les douleurs se généralisent. A midi faiblesse considérable; envies continuelles d'aller à la selle, mais il ne rend ni gaz, ni matières. Un second lavement est rendu très peu teinté. A l'entrée le 29 : traits tirés; abdomen uniformément ballonné et douleurs vives, généralisées dans tout le ventre, la pression est cependant plus sensible dans la fosse iliaque droite. A ce niveau ni submatité, ni empâtement. Constipation absolue. Laparotomie médiane. Un peu de pus dans le péritoine: S. iliaque et colon distendu. Intestin grêle congestionné et entièrement rétracté sur une étendue de 70 centimètres environ.

En différents points, plaques noirâtres de la grandeur d'une pièce de vingt sous et plus.

Autopsie le 1^{er} novembre. Rien d'anormal dans la cavité thoracique. Pus fétide dans l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite. Anses intestinales agglutinées. Il existe au niveau de la partie initiale de l'iléon une ecchymose transversale, déterminée par une bride péritonéale oblique de droite à gauche et qui adhère assez solidement au mésentère. Au dessus de cet étranglement l'intestin est rempli de gaz et de matières. Cœcum sain. L'appendice en position ascendante est perméable et non adhérent au cœcum. Au niveau de sa partie terminale existe

une ulcération très nette produite par un calcul stercoral de la grosseur d'une lentille. L'estomac plein de matières fécales.

OBS. 7. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparatomie iliaque. Guérison.

Auguste V..., 6 ans, entré salle Denonvilliers, le 7 septembre 1894, sorti le 14 octobre. Antécédents héréditaires nuls. Rougeole à 3 ans. Malade depuis 10 jours. A cette époque vomissements pendant trois jours qui furent suivis de douleurs abdominales bien limitées dans le côté droit. Ces douleurs d'abord très vives, se calmèrent ensuite. Fièvre depuis le début et amaigrissement rapide.

A été purgé le 6 septembre. A l'entrée : Faciès péritonéal. T. 38°, ventre uniformément ballonné. Submatité dans la fosse iliaque droite qui est très douloureuse à la pression. A ce niveau tuméfaction nette avec rougeur des téguments. L'enfant a eu quelques vomissements le matin. Le 7 septembre incision iliaque assez basse. Ouverture et évacuation d'une petite collection purulente. L'appendice n'a pas été vu. Suture, drain, pansement. Suites normales. Sort guéri le 14 octobre.

OBS. 9. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite partielle. Troisième crise. Laparatomie iliaque et résection de l'appendice. Guérison.

Alfred L..., 7 ans 1/2 ; entré le 8 avril 1893 dans le service du Dr Legroux sorti le 12 juin. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a un mois et demi environ, l'enfant est pris de douleurs

abdominales très vives avec constipation opiniâtre. Il y a un mois même chose : douleurs abdominales et constipation absolue pendant 5 jours. Il y a 8 jours, rechute analogue, mais plus violente et avec vomissements.

A l'entrée : Constipation et vomissements ont cessé, il y a même de la diarrhée, le ventre est tendu, les anses intestinales se dessinent sous la peau, faciès grippé, extrémités glacées, T. 38°, pouls incomptable. Tout le ventre est douloureux mais un peu plus dans la fosse iliaque droit, au niveau de laquelle il y a une légère submatité. M. Broca pratique une incision oblique parallèle à l'arcade crurale et ne trouve pas de foyer purulent, mais une bride épiploïque rouge et adhérente le conduit sur un appendice placé en dedans du cœcum et plongeant vers le bassin. Tout l'angle iléo-cœcal est attiré au dehors avec l'appendice. On constate alors que l'épiploon adhère à ce dernier au niveau d'une perforation située à l'union du quart externe, là il y a une goutte de pus : Anses voisines rouges, mais non adhérentes. Drain et pansément. L'appendice réséqué est perforé et son bout cœcal oblitéré. Pas de corps étranger. Sort entièrement guéri le 12 juin.

OBS. 10 (thèse de Jacob). — Appendicite aiguë avec péritonite purulente localisée. Perforation du cœcum et gangrène de l'appendice. Laparatomie iliaque par M. Broca. Mort.

Léon L..., 8 ans 1/2 entré le 2 décembre 1893 salle Denonvilliers, décédé le 7 décembre. Fièvre typhoïde il y a 3 ans, mais bonne santé depuis. Le 28 novembre il ressent quelques douleurs abdominales avec vomissements ; il va cependant à l'école. Le lendemain augmentation des douleurs et vomissements plus abondants.

A l'entrée : Faciès grippé ; cuisse droite fléchie sur le bassin. Douleurs dans tout le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite en avant et en arrière. A ce niveau matité et grande résistance des parois. Pas d'œdème de la paroi. T. 38°6, pouls bon. Le lendemain on sent sous le chloroforme une masse arrondie dans la fosse iliaque droite. Incision parallèle à l'arcade crurale. Epiploon peu enflammé. En contournant la partie postéro-externe du cœcum on tombe sur un abcès limité contenant du pus séreux horriblement fétide. On ne sent pas l'appendice. Quelques points de suture, drainage et pansement. Le 4, la cuisse est toujours fléchie. Le 5, en changeant le pansement on constate un œdème de la paroi thoracique remontant jusqu'à l'omoplate. Le lendemain l'œdème a augmenté, mais il n'y a rien de pleural ou pulmonaire. T. 39°2. Le 7 T. 41°2. L'œdème donne à la palpation une crépitation fine. Malade meurt.

A l'autopsie : pas de péritonite. Cœcum présente à sa partie postéro-externe une perforation grande comme une pièce de 1 fr. A ce niveau débris sphacelés verdâtres provenant de l'extrémité terminale de l'appendice dont le reste est adhérent au cœcum. Rien dans la cavité thoracique. Entre les muscles de la paroi abdominale une fusée purulente avec billes-gazeuses, terminant entre le transverse et le petit oblique et allant s'étaler sur le paroi thoracique. Elle débute au niveau des points qui avaient été suturés.

Obs. 12. — Appendicite perforante avec péritonite purulente généralisée, simulant un étranglement herniaire. Incision latérale d'abord, puis laparatomie médiane. Mort.

Alphonse R..., 8 ans, entré salle Denonvilliers, le 22 juillet 1895, décédé le 24 juillet. Pas d'antécédents héréditaires ni per-

sonnels. L'enfant fut pris brusquement le 20 juillet de douleurs violentes dans la région inguinale droite. Puis, peu après, apparaît une petite tumeur à ce niveau, accompagnée de nausées et de vomissements alimentaires, qui deviennent rapidement bilieux. Le lendemain, même état, mais il n'y a ni arrêt de matières fécales ni de gaz. L'enfant va à la garde-robe. Un médecin appelé fait appliquer un cataplasme laudanisé. A l'entrée : état général mauvais. Teint pâle, muqueuses décolorées, yeux cernés. Il existe dans la région inguinale droite une tumeur de la grosseur d'une noix, douloureuse à la palpation et à la partie inférieure de laquelle on reconnaît nettement le testicule. D'ailleurs, le testicule gauche est seul descendu dans les bourses. Le reste de la tumeur est également douloureux à la pression et non réductible. A l'incision, on trouve le testicule en ectopie et un sac plein de pus, sans intestin. Le pus vient de la cavité abdominale par le canal péritonéo-vaginal persistant. Le petit doigt introduit avec précaution, ne sent pas de cavité limitée, le pus coule en abondance avec une odeur infecte. Drainage, pansement iodoformé. Le 23, vers 6 heures du soir, symptômes de péritonite plus accusés. Ballonnement du ventre, vomissements, température élevée, pouls faible et rapide. Laparatomie latérale et médiane. Toilette du péritoine. Drainage, pansement. Mort le 24 juillet. A l'autopsie : péritoine plein de pus aussi bien à droite qu'à gauche, sans foyer localisé. Cœcum normal. L'appendice est long, libre dans la fosse iliaque et possède un méso assez développé. Son extrémité terminale est violacée et présente une perforation ouverte en plein péritoine. Au-dessus de la partie malade, l'appendice contient un calcul gros comme un volumineux pépin de raisin,

Examen du pus (M. Achard), coli-bacille.

OBS. 13. — Appendicite perforante avec péritonite progressive purulente. Laparatomie médiane. Mort.

Emile St..., 8 ans. entré salle Denonvilliers, le 19 septembre 1895, décédé le 23 septembre. Pas d'antécédents. Début le 18 septembre. L'enfant reçoit à midi d'un autre garçon un coup de pied sur la partie supérieure du côté droit de l'abdomen. Il rentre chez lui à 6 heures du soir et ne veut pas dîner. Vomissements trois fois dans la nuit et quelques garde-robes qui auraient été noires. Le lendemain, les vomissements continuent, mais il n'y a pas de garde-robe. T. peu élevée. A l'entrée, on trouve le ventre douloureux, dur, sans foyer localisé, vomissements ont cessé et l'état général n'est pas très mauvais. A cause de l'absence des phénomènes locaux, on n'intervient pas. Opium et diète jusqu'au 22 septembre. Ce jour-là, l'enfant est pris vers 3 heures de l'après-midi de vomissements bilieux fréquents et de douleurs abdominales très vives, avec élévation de la température. Laparatomie médiane le soir. On trouve et on draine une collection purulente dans la fosse iliaque droite. Sutures et pansement. Le 23, l'état s'aggrave et l'enfant meurt.

A l'autopsie. — Des adhérences multiples, petits abcès entre les anses intestinales, grosse collection dans le petit bassin qu'elle remplit et dans laquelle est l'appendice, largement perforé en deux points. L'appendice est dirigé en haut derrière le cœcum et son méso termine son implantation sur la partie inférieure de la face antérieure du rein.

OBS. 17. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Incision iliaque. Guérison.

Georges J..., 8 ans, entré le 27 juillet 1895, sorti le 13 septembre. Pas d'antécédents pathologiques. Début le 17 juillet. Se plaint de douleurs abdominales au réveil, mais va pourtant à l'école. Le lendemain on lui trouve de la fièvre et la douleur persistant, on lui fait des frictions calmantes sur le ventre. Le 23 toujours même état, on applique *loco dolenti* un vésicatoire qui ne prend pas. Le 27 à l'entrée : ventre dur, tendu, très douloureux, ne permettant pas l'examen. Après l'anesthésie, on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une orange, mate à la percussion et s'arrêtant à l'arcade de Fallope. Après l'incision du péritoine, issue d'un flot de pus fétide. Drainage. Suture. Plaie complètement cicatrisée, et l'enfant sort guéri le 13 septembre. Examen bactériologique du pus : colibacille et streptocoques.

OBS. 18. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite purulente généralisée. Laparatomie iliaque. Mort.

Henri B..., 9 ans, entré salle Denonvilliers, le 21 juin 1894, décédé le 22 juin. Pas d'antécédents pathologiques. Souffre de temps à autre de constipation. Début le 17 juin. Après le dîner, et sans avoir fait d'excès de nourriture, se plaint de douleurs abdominales en se couchant. Vers minuit les douleurs deviennent plus violentes et on lui applique des cataplasmes. Le 18 : petit purgatif qui ne produit aucun effet. Un médecin appelé

ordonne de nouveau une purgation. Pas de garde-robes, douleurs vives et vomissements fréquents. Le 19 : lavement et des sangsues dans la fosse iliaque droite, vomissements verdâtres et du hoquet. Le 20 : un nouveau lavement purgatif ; fièvre intense, vomissements porracés ; troisième lavement, mais la constipation persiste. A l'entrée on constate un ballonnement considérable du ventre qui est douloureux partout à la pression, mais surtout dans la fosse iliaque gauche où il y a de la matité. Faciès péritonéal. T. 37°2, pouls à 100, mais assez régulier. Vomissements. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. On trouve une poche sous-hépatique. Mort le lendemain matin.

A l'autopsie. — Péritonite suppurée ; foyer initial entre le foie en haut, l'intestin grêle en dehors et en bas. Le cœcum se trouve appliqué transversalement sous le foie. Derrière lui l'appendice perméable baignant dans le pus et perforé au sommet. Concrétion fécale dans sa cavité.

OBS. 20. — Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

André F..., 9 ans 1/2, entré salle Denonvilliers le 12 novembre 1895, sorti le 25 novembre. Angine diphtérique à 6 ans. Début le 11 novembre. A la suite d'un refroidissement survenu la veille, l'enfant est pris de coliques violentes avec vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Les douleurs généralisées d'abord, se localisent ensuite dans la fosse iliaque droite. Constipation. A l'entrée, on trouve dans la fosse iliaque droite, qui est très douloureuse à la pression, une masse dure, à limites difficilement appréciables avec de la matité à ce niveau. Rien ailleurs. T. 37°,9. Pouls bon. Repos, diète, glace et de l'opium pendant huit jours. L'état général

est devenu bon, la douleur va en diminuant et l'on peut constater à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale une masse de la grosseur d'une mandarine. Le 25, état général parfait, garde-robes régulières, aucune douleur dans la fosse iliaque, mais il persiste là un petit noyau mobile.

OBS. 21. — Appendicite à rechute. Résection de l'appendicite à froid. Guérison complète.

Charles G..., 9 ans 1/2, entré salle Denonvilliers le 9 novembre 1895, sorti le 2 janvier 1896. Antécédents personnels nuls. A 3 ans il aurait eu une maladie du foie, ictère et fièvre pendant deux mois. Depuis très bonne santé. Début de la maladie actuelle en septembre 1895. A la suite d'une fatigue il fut pris d'une douleur brusque et vive dans le côté droit et de diarrhée. Le médecin croyant à une poussée hépatique donne un vésicatoire. Au bout de huit jours il reprend sa vie habituelle, mais depuis ce temps les douleurs reviennent au même point tous les deux ou trois jours. L'enfant devient pâle, se plaint et il faut le coucher. A part de cela, bonne santé, garde-robes régulières. A l'entrée on constate à la palpation de l'abdomen une sensibilité considérable de la fosse iliaque droite et dont le maximum est à deux travers au-dessus de l'arcade crurale. Matité relative à ce niveau. Foie parfaitement normal. Opération. Incision iliaque. Résection de l'appendice qui est épaissi et perforé au bout, mais perméable. Pas de drainage. Sutures en étages de la paroi. Réunion par seconde intention après suppuration assez abondante. Sort en très bon état le 2 janvier. Revu le 17 septembre 1896, très bien portant, pas d'éventration.

OBS. 22. — Appendicite aiguë avec foyer péri-cæcal. Laparatomie latérale. Guérison.

Charles Fr..., 10 ans, entré salle Denonvilliers le 16 juillet 1895, sorti le 7 octobre. Pas d'antécédents pathologiques. Début le 16 juillet. Ayant mangé au déjeuner des débris de salade en assez grande quantité, l'enfant se plaint dans l'après-midi de douleurs abdominales généralisées. Dans la nuit, légère agitation et douleurs très vives. Au réveil un vomissement alimentaire, et plus tard à la suite d'un purgatif plusieurs garde-robes. Pendant la journée l'état s'améliore et l'enfant se lève, mais les douleurs recommencent le lendemain, localisées cette fois dans la fosse iliaque droite. Elles persistent jusqu'à l'entrée à l'hôpital. A ce moment, on constate à droite, le long du bord externe du muscle droit, une tumeur allongée, du volume d'une mandarine, faisant saillie à la vue et douloureuse au palper. Submatité à ce niveau. Température normale, pouls bon. Laparotomie iliaque le 21. La tumeur est formée par le cæcum rouge, dur et volumineux. Sérosité louche dans l'abdomen. Suture partielle de la plaie, drainage, pansement iodoformé. Le 4 août, on trouve dans le pansement un calcul stercoral expulsé spontanément par le trajet du drain. Cicatrisation complète et sortie le 5 octobre.

OBS. 23. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée, enkystée. Laparatomie latérale. Guérison.

Edgard L..., 10 ans, entré salle Denonvilliers le 10 décembre 1895, sorti le 19 janvier 1896. Pas d'antécédents héréditaires.

Aurait souffert pendant quelques années de diarrhée. Début le 6 décembre. S'étant couché très bien portant, l'enfant se réveille brusquement au milieu de la nuit et se met à vomir. Vers le matin surviennent des douleurs abdominales, le médecin appelé ordonne un lavement glycériné et des cataplasmes. Les douleurs vont en augmentant jusqu'à l'entrée à l'hôpital. On constate alors, allongée parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessus d'elle, une masse de la grosseur d'une noix, douloureuse à la pression. D'ailleurs bon état, mais constipation. Le 11 décembre, incision parallèle à l'arcade de Fallope et jusque contre elle, après avoir libéré les adhérences, on entre dans un foyer purulent et on y met un drain. Sort guéri, sans éventration. le 19 janvier.

OBS. 27 (Thèse de Jacob). — Appendicite perforante avec péritonite généralisée. Laparatomie iliaque et résection de l'appendice, par M. Broca. Guérison.

Louis S..., 11 ans. Sans antécédents pathologiques, a été pris subitement, le 28 avril 1894, de douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la cuisse correspondante, sans vomissements, mais avec perte de l'appétit. Reçu en médecine et traité par le Dr Moizard comme appendicite, jusqu'au 26, où l'on constate l'existence d'une péritonite généralisée. Incision parallèle à l'arcade crurale. Pus roussâtre, d'odeur fécaloïde. Anses intestinales rouges, couvertes de fausses membranes. L'appendice situé en dedans du cœcum, plonge un peu dans le bassin ; attiré au dehors, on constate que son extrémité périphérique est gangrénée et perforée ; il est réséqué. A l'intérieur, un calcul stercoral. Drainage, pansement. Suites normales. Sort guéri le 3

juin. Le 27 avril 1895, cure radiale de l'éventration. Cicatrice parfaite.

OBS. 29. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite enkystée. Laparotomie iliaque et résection de l'appendice. Guérison rapide.

Emile F..., 11 ans, entré salle Denonvilliers, le 16 mai 1894, sorti le 26 mai. Pas d'antécédents pathologiques, sauf la rougeole à 7 ans. Début le 5 mai. Ayant beaucoup marché et monté d'escaliers dans la journée, il se sentait très fatigué le soir. Dans la nuit, il est pris de douleurs irradiées dans tout l'abdomen et de vomissements. La douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite et y persiste jusqu'à l'entrée. Légère élévation de température. A l'entrée, on trouve le ventre souple partout, sauf dans la fosse iliaque droite. Là, on sent une tumeur grosse comme un œuf de dinde, mate, très douloureuse à la pression, allant à trois travers de doigt de l'ombilic, et touchant en bas l'arcade de Fallope. T. 40°. Pouls à 130. Le 17, même état. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Dans la partie postérieure de l'abcès, on trouve l'appendice perforé au bout. On l'attire au dehors. Ligature à la base, résection. Il est long de 15 centimètres et perméable. Tamponnement à la gaze iodoformée. Dès le lendemain, état général excellent. L'enfant est gai, joue dans son lit. Exéat guéri le 26 mai. Revu le 27 décembre 1894, légère éventration.

Obs. 30. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée. Laparatomie latérale Mort.

Albert D..., 11 ans, entré salle Denonvilliers, le 17 avril 1894, décédé le même jour. Antécédents héréditaires : six frères morts de méningite, père de bacillose. L'enfant est habituellement constipé. Début le 13 avril. Va à l'école, tout en se plaignant de fatigue, y est pris brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite, et rentré chez lui, il mange une assiette de soupe et est pris de vomissements alimentaires. Fièvre, constipation. Un médecin appelé le lendemain prescrit une purgation (calomel) qui procure une garde-robe. Le 16 au soir, les vomissements restés alimentaires jusque-là, deviennent verdâtres. Le 17, il est amené à l'hôpital. Diagnostic des internes du service entre occlusion intestinale et méningite tuberculeuse. Ballonnement uniforme du ventre. Sensibilité partout à la pression, mais le palper devient très douloureux vers la fosse iliaque droite, et on sent alors manifestement qu'en cette région existe une tuméfaction profonde, empêchant la main de pénétrer, tuméfaction impossible d'ailleurs à bien délimiter à cause de la douleur et du ballonnement. Elle s'arrête à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic ; submatité à ce niveau. Faciès grippé. T. 38°, pouls péritonéal. Laparatomie latérale. Issue d'une très grande quantité de pus très fétide venant d'un foyer très limité en haut, mais diffus en bas et en dedans. Tamponnement à la gaze iodoformée. L'appendice n'a pas été vu. Mort à 8 heures du soir avec une température de 39°,5.

A l'autopsie : péritonite généralisée avec fausses membranes,

pas d'adhérences solides ni foyer limité dans la fosse iliaque droite. Appendice en arrière et perforé.

OBS. 31. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparatomie iliaque. Guérison avec éventration. Cure radicale de l'éventration et résection de l'appendice à froid.

Henri B..., 11 ans, entré le 24 mai 1895, sorti le 1^{er} août. Rougeole à 5 ans, fluxion de poitrine à 7 ans. Bonne santé et fonctions digestives normales. Le 18 mai, il est pris subitement de frissons et de douleurs abdominales surtout vives dans la fosse iliaque droite. Le lendemain : purgation et sangsues, qui soulagent un peu ; pas de constipation. Le 20, reprise de douleurs et fièvre intense, 40°, 2. Aucun changement jusqu'au 24. A ce moment le ventre se météorise.

L'enfant est amené dans cet état à l'hôpital et aussitôt opéré. L'incision iliaque ouvre une poche limitée par des adhérences peu résistantes. Drainage et pansement. Le 1^{er} août sort entièrement guéri. Entré de nouveau le 8 octobre 1895 et opéré d'éventration. En même temps appendicectomie à froid. L'appendice recourbé sur lui-même, court, dur, ne contient pas de calcul. Revu le 16 janvier 1896, parois en bon état.

OBS. 32. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparatomie iliaque par M. Braquehay. Guérison avec éventration.

Henri M..., 12 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 14 octobre 1894, sorti le 29 novembre. Antécédents héréditaires et personnels nuls. L'enfant est pris brusquement le 10 octobre dans la

journée, d'une douleur extrêmement vive, comme un coup de pistolet, dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persiste toute la soirée et la nuit. Les jours suivants, les symptômes ne s'améliorant pas, il est conduit à l'hôpital. A ce moment, faciès péritonéal, yeux excavés ; il est inquiet dès qu'on l'approche et appréhende le moindre contact sur son abdomen. Ventre un peu météorisé, partout douloureux, mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite, pas d'empâtement bien manifeste mais submatité dans cette région. T. 39°, 4, pouls bon. L'examen a été fait sous le chloroforme. Incision iliaque classique. On arrive sur une poche profondément située, bien limitée, et qui contient du pus blanc, très fétide, en assez grande quantité. L'appendice n'a pas été vu. Drains, sutures, pansement iodoformé. Examen du pus : colibacille, streptocoques et quelques staphylocoques. Exécuté guéri le 29 novembre avec éventration.

OBS. 33 (Thèse de Jacob) Appendicite à rechute. — 2^e crise, foyers multiples de péritonite enkystée. Laparatomie latérale et médiane, appendicectomie. Guérison.

Fernand C..., 13 ans, a éprouvé dans le courant d'octobre 1897 une douleur abdominale vive avec vomissement au début. Au bout de 48 heures tout est rentré dans l'ordre. Huit jours plus tard, dans la nuit du 22 au 23 il se réveille avec une douleur vague dont il ne peut préciser le siège. Bientôt elle augmente et le force à s'aliter. Dans la journée il vomit six fois. Lavement et purgatif ne produisent aucun effet. Douleurs augmentent, vomissements, insomnie. Entre à l'hôpital Trousseau dans le service de M. Sevestre avec une T. de 39° un pouls de 96 et de diarrhée.

Le 26 au matin, faciès grippé, ventre ballonné, douloureux

partout à la pression mais principalement dans la fosse iliaque droite et dans l'épigastre. Submatité et empâtement dans la fosse iliaque droite. T. 36°8, pouls 96, non dépressible. Passage en chirurgie et laparatomie latérale. Le péritoine incisé, il s'échappe un flot de pus bien lié, fétide. On aperçoit par l'ouverture un paquet d'épiploon tuméfié, noirâtre et un appendice très épais, passant transversalement au devant du cœcum et contenant un corps étranger. Appendicectomie. Suture partielle de la plaie, drains et mèche iodoformée. Pansement. Amélioration rapide, le soir expulsion d'un lombric. Le 29 de nouveau des douleurs dans la région ombilicale et l'on constate l'existence d'une petite matité dans la région hypogastrique. Douleur et matité augmentent, T. remonte, vomissements ; pouls rapide. Le 3 novembre ballonnement très marqué au creux épigastrique, œdème de la paroi, surtout à la partie inférieure, matité hypogastrique s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche, T. 39 pouls rapide. Le 4, laparatomie médiane. Anses intestinales agglutinées, il s'échappe un flot de pus très fétide et le doigt pénètre dans une cavité limitée en haut par les anses intestinales et occupant tout le bassin. Drainage iodoformée. Pansement. Guérison le 26 décembre.

OBS. 37. — Appendicite aiguë, avec péritonite purulente partielle. Laparatomie latérale. Guérison avec éventration.

Albert C..., 13 ans, entré salle Dénonvilliers le 8 janvier 1877 sorti le 11 mars. Antécédents héréditaires tuberculeux. Enfant d'une bonne santé habituelle. Début le 1^{er} janvier. Au retour d'une promenade, il avait éprouvé une sensation de froid, peu intense d'ailleurs. Le lendemain au réveil, vomissements qui se

repètent pendant 2 jours. Pas de douleurs abdominales, mais constipation. A l'entrée, l'abdomen météorisé. Empâtement dans la région iléo-cœcale et maximum de douleur sur le milieu d'une ligne entre l'épine iliaque antéro supérieure et l'ombilic. T. 38°6, pouls petit, tendu, faciès abdominal, yeux excavés, langue blanche. Plus de vomissements. Incision sur le bord externe du muscle droit. Infiltration œdémateuse des plans successifs, pus fétide abondant. Cicatrisation complète le 10 mars. Revu le 20 juin. Légère éventration.

OBS. 35. — Appendicite à rechute. Appendicectomie à froid.
Guérison.

Maurice Q..., 13 ans, entré, salle Denonvilliers, le 10 juin 1895, sorti le 7 juillet. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. En mars 1894, il a été pris subitement d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements et constipation. On diagnostique une péritonite. Repos au lit pendant quelques semaines, sangsues, cataplasmes et purgatifs. En avril 1894, nouvelle crise, beaucoup moins violente qui cesse au bout d'un jour. Depuis cette époque et tous les quinze jours environ, douleurs brusques, violentes à droite ; l'accès dure environ 24 heures.

A l'entrée : Enfant vigoureux, présente comme particularité, des organes génitaux complètement développés. Dans la fosse iliaque droite, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque droite, tumeur dure, du volume d'une mandarine, paraissant assez adhérente, mais à contours bien limités. Douleur seulement à une forte pression. Résection de l'appendice le 13 juin suivant le procédé classique. L'appendice accolé à la

face postérieure du cœcum et englobé dans des adhérences solides est considérablement épaissi. Pas de perforation visible. Drains, sutures, cicatrisation parfaite le 7 juillet.

OBS. 40. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente partielle. Laparatomie iliaque. Guérison avec éventration.

Emile D..., 12 ans 1/2, entré, salle Denonvilliers, le 9 décembre 1893, sorti le 2 avril 1894. Pas d'antécédents pathologiques. Début le 1^{er} décembre par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, des vomissements fréquents, de l'anorexie, constipation et fièvre. Il garde le lit les jours suivants, puis survient du ballonnement du ventre. Opéré d'urgence dans la nuit du 3 décembre. L'incision iliaque donne issue à peu de pus. Sutures partielles de la plaie, tamponnement, pansement. Le 18 décembre, ablation des fils. Les jours suivants, nouvelle élévation de la température. Voyant la fièvre s'élever, M. Broca examine à plusieurs reprises l'abdomen. Pas de symptômes de péritonite, mais certainement quelque chose d'un peu empâté et douloureux vers l'hypogastre en dedans de l'incision. Le 27 décembre, en cherchant le foyer qui évidemment entretenait la fièvre, car la plaie ne suppurait plus, on trouve la cavité inondée de pus fétide, mal lié venant d'en bas, mais impossible de trouver le pertuis qui lui donnait issue. Suppuration abondante et oscillation de la température jusqu'au mois de février. Puis cessation de tous ces phénomènes et cicatrisation rapide. Exéat le 2 avril avec un peu d'éventration. Le 27 juin 1894 cure radiale de l'éventration. Réunion immédiate, cicatrice solide.

OBS. 41. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparotomie iliaque. Guérison.

Marcel S..., 14 ans, entré salle Denonvilliers, le 22 septembre 1895, sorti le 10 novembre. Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole à 1 an. Début il y a 8 jours. L'enfant a été pris subitement de coliques violentes dans le côté droit de l'abdomen. Augmentation des douleurs et élévation de la température pendant les jours suivants. A l'entrée, l'état général assez bon. On trouve une tuméfaction volumineuse, fluctuante et douloureuse à la pression. L'incision latérale fait découvrir en dessous et en arrière du cœcum une collection purulente fétide. Drainage. Pansement. Pus contient du coli-bacille. Le 10 novembre plaie entièrement cicatrisée.

OBS. 44. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparatomie latérale. Guérison avec légère éventration.

Edmond B..., 14 ans, entré salle Denonvilliers le 9 décembre 1894, sorti le 27 janvier 1895. Pas d'antécédents pathologiques. Début brusque il y a 11 jours par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, vomissements, diarrhée et fièvre pendant 5 jours. Depuis, les douleurs ont augmenté tandis que les autres symptômes se sont amendés. Anorexie et soif vive. Vomissements fréquents et hoquet le jour de l'entrée. On constate alors une tuméfaction nette, douloureuse à la pression, bien limitée, ne remplissant pas tout à fait la fosse iliaque droite en dehors, mais dépassant en dedans la ligne médiane; matité absolue à ce niveau. T. 38°4, pouls 85, traits tirés, langue sè-

che. Le 9 décembre. Incision sur le bord externe du muscle droit. Collection bien limitée surtout en dedans. Pus fétide abondant. L'appendice recherché, mais non trouvé. Suture partielle de la plaie et drainage. Examen du pus par M. Achard. Streptocoques et bacille coliforme. Le 7 janvier plaie cicatrisée. Revu en mai 1895, légère éventration.

OBS. 45. — Appendicite aiguë perforante avec péritonite purulente généralisée. Laparatomie médiane et résection de l'appendice. Mort.

Georges B..., 14 ans, tourneur sur cuivre, entré salle Lugol en médecine, le 4 juin 1895, décédé le 7 juin. Rougeole et entérite à 6 ans, depuis très bonne santé. Début le 2 juin. L'enfant sort bien portant, mais en rentrant d'une promenade est pris de violentes douleurs abdominales. Constipation, vomissements abondants, de plus en plus fréquents, qui deviennent verdâtres dans la nuit. Le 3, il peut encore marcher, mais en se tenant plié en deux. Anorexie complète. Dans la nuit du 4 une selle en diarrhée.

A l'entrée, ventre ballonné, douloureux partout, mais particulièrement dans la fosse iliaque droite. T. 38°5, pouls 95, pas de vomissements. Glace, opium. Le 5 juin : douleurs toujours vives, faciès anxieux, yeux excavés, pas de garde-robes. Tenesme vésical, miction difficile et peu abondante, albumine en quantité notable, T. 37°8, pouls à 130. Glace, morphine. Le 6, pas de vomissements, mais constipation, ventre ballonné, plus douloureux à gauche qu'à droite, anses intestinales se dessinent sous la peau, miction très difficile, urines contiennent un dépôt rouge, ressemblant à du sang, faciès terreux, T. 37°5, pouls 108, petit, fuyant. Glace, morphine. A 2 heures de l'après-midi, vomisse-

ments abondants jaune-verdâtres à odeur fécaloïde, refroidissement des extrémités. Passage en chirurgie et laparatomie médiane. Gros foyer dans la fosse lombo-iliaque gauche, pas de collection à droite, mais de là on ramène l'appendice non adhérent et contenant un calcul stercoral et l'on résèque. Drains, sutures. Mort le lendemain.

A l'autopsie : péritonite généralisée, fausses membranes partout. Gros foyer plein de pus à gauche. Cæcum normal. Muqueuse de l'intestin grêle œdématisée, congestionnée et violette dans la partie inférieure de l'iléon.

OBS. 46. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparatomie iliaque. Guérison avec éventration.

H..., 14 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Le 22 juin 1877, l'enfant est pris subitement de douleur vive dans la fosse iliaque droite, de fièvre et de constipation. Un médecin appelé donne de l'opium et des sangsues. Même état jusqu'au 27, où l'on trouve le ventre modérément ballonné, douloureux partout, mais surtout au milieu d'une ligne entre l'épine iliaque antéro-supérieur et l'ombilic. Là on sent une tumeur diffuse. Pas d'œdème de la paroi, ni circulation collatérale. Constipation, inappétence. T. 38°6, pouls 110, plein, régulier. Le 28, incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. En haut, presque sous le foie, foyer purulent, bien limité, gros comme une mandarine.

Suture partielle, tamponnement à la gaze iodoformée. Suites normales. Guéri le 1^{er} octobre avec un peu d'éventration.

OBS. 47. — Appendicite à rechute. Seconde crise. Laparatomie latérale. Guérison.

Georges D..., 14 ans, entré le 5 avril 1894 salle Denonvilliers, sorti le 21 mai. Pas d'antécédents pathologiques. Soigné le 25 décembre 1893 pour une péri-typhlite, l'enfant guérit au bout de quelques jours de vives souffrances.

A la fin de mars 1895 les douleurs ont reparu à la suite d'une promenade. A l'entrée on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme le poing, douloureuse spontanément et surtout à la pression, assez régulièrement arrondie et limitée en haut et en dedans : Consistance ferme, pas de fluctuation. Matité à ce niveau. Pas de vomissements. Constipation. T. 38,5, pouls bon. Le 6 : incision iliaque classique. Poche située en dedans du cœcum, donnant issue à un demi-verre à Bordeaux de pus épais, fétide. Appendice pas vu. Tamponnement iodoformé, pas de sutures. Le 21 mai, ventre souple et indolent, pas d'éventration.

OBS. 48. — Appendicite perforante avec péritonite purulente enkystée. Laparatomie iliaque. Mort.

Léon F..., 11 ans, entré le 7 février 1885, salle Denonvilliers, décédé le 11 février. Antécédents héréditaires et personnels nuls. L'enfant se plaint depuis le 5 février des douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen. Constipation, inappétence, fièvre. A l'entrée, ventre ballonné, empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite, très en arrière. Matité à ce niveau, tympanisme dans tout le reste de l'abdomen. Abattement. T. 39,6, pouls bon. Incision classique, mais très postérieure ; on entre

dans une poche purulente rétro-cœcale, bas située, dans laquelle on perçoit le bout de l'appendice qui se rompt sous une légère traction au niveau d'une large perforation. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le 8 et le 9, semble aller assez bien, cependant faciès mauvais. Le 10, température ne s'élève pas, mais le pouls remonte. Il est faible, péritonéal. Le 11, mort. A l'autopsie pas de pus dans la cavité abdominale, foyer très localisé.

Obs. 49. — Appendicite perforante avec péritonite septique diffuse. Laparatomie médiane et appendicectomie. Mort.

Maurice R..., 8 ans, entré le 23 juin 1895 à la salle Barrier en médecine, décédé le 24 juin. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Depuis trois jours douleurs vives dans tout l'abdomen, vomissements, constipation, fièvre, agitation. A l'entrée, douleur spontanée et provoquée très intense dans tout le ventre sans localisation précise, météorisme considérable, légère submatité dans la région sus-ombilicale sans empâtement. T. 38, pouls 140, faciès non grippé, mais yeux excavés. Une garde-robe abondante dans la soirée. Urine normale. Rien au toucher rectal. Passage à Denonvilliers et laparatomie médiane. Anses intestinales rouges avec exsudat pseudo-membraneux. Issue d'un flot de pus fétide venant de la fosse iliaque droite. L'appendice est attiré au dehors. Il présente une plaque de sphacèle au sommet et à la partie moyenne une perforation. Résection après ligature. Mort le lendemain. A l'autopsie lésions de péritonite diffuse. Examen du pus par Achard : streptocoques et coli-bacille.

Obs. 50. — Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

Maurice L..., 8 ans 1/2, entré à Denonvilliers le 21 mai 1896, sorti le 3 juin. Antécédents héréditaires nuls. Rougeole à 5 ans. Bonne santé habituelle, fonctions digestives parfaites. Début le 19. L'enfant bien portant toute la journée, rentre à 5 heures de l'école, est fatigué et se couche. Vomissements et douleurs abdominales irradiées, vers la nuit. Le lendemain il se sent mieux, va à l'école, mais n'a pas d'appétit. Pas de vomissements. Selles normales. La nuit est troublée par des vomissements répétés et des coliques. La douleur persiste jusqu'à l'entrée. On constate alors que le ventre est tendu, douloureux partout, mais particulièrement dans la fosse iliaque droite qui est mate et où l'on sent un peu d'empatement.

L'enfant est pâle et a les yeux excavés, anxieux ; il marche courbé en avant. T. 38°3. pouls 140, faible.

Traitement : repos, opium, glace. Le 2 juin, fosse iliaque complètement libre. Etat général bon. Exéat le 4. Revu depuis, va très bien.

Obs. 52. — Appendicite à rechute. Appendicectomie à froid.

Guérison.

Félix A..., 9 ans 1/2, entré à Denonvilliers le 15 février 1896, sorti le 10 mai. Pas d'antécédents pathologiques. L'enfant habituellement constipé a eu le 15 janvier une première crise de coliques abdominales qui a duré jusqu'au lendemain matin. La douleur d'abord généralisée à tout l'abdomen, s'est cantonnée définitivement dans la fosse iliaque droite. Ballonnement du ventre, vomissements alimentaires et frisson, pendant ce temps.

Depuis cette époque il n'a plus eu de grande crise, mais fréquemment de petites douleurs passagères dans la fosse iliaque droite qui l'arrêtaient dans ses jeux. A l'entrée, température normale. A la palpation du ventre rien de particulier. Résection de l'appendice suivant le procédé classique. L'appendice contient quelques gouttes de pus. Il est perforé au bout, épaissie, et légèrement rétréci à la partie moyenne. Pas de drainage, sutures en étages. Suites un peu troublées par la suppuration de la plaie. On enlève les points de suture et on draine à la gaze iodoformée. Cicatrisation complète le 10 mai.

OBS. 53. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Laparotomie latérale. Mort.

Hubert S., 10 ans, entré salle Denonvilliers le 19 juin 1896 décédé le 20 juin. Antécédents héréditaires nuls. L'enfant est bien portant, mais pas habituellement constipé. Se sent fatigué depuis le 13 juin. Anorexie absolue, céphalalgie, langue sale et épistaxis abondantes. Le 14 il a une garde-robe diarrhéique très fétide, mais il peut encore se promener avec ses parents. Le 16 au matin il est pris d'une douleur subite très violente dans le côté droit de l'abdomen. Il vomit son déjeuner et la mère en ce moment remarque, que l'enfant ne peut se tenir debout et que pour marcher il est obligé de fléchir le tronc et de l'incliner à droite. Constipation depuis deux jours ; plus d'épistaxis. Le jour suivant l'état s'aggrave, douleur généralisée dans tout l'abdomen, ballonnement et vomissement porracés. Un médecin appelé, diagnostique une fièvre typhoïde et ordonne un lavement purgatif qui procure deux selles noirâtres et fétides. Le 19 à l'entrée, l'on constate que l'enfant n'a pas la stupeur du typhique, il répond sans effort aux questions qui lui sont faites. Faciès péritonéal. T 39,4, pouls 120, petit. Ventre très ballonné, douloureux au

moindre contact. Maximum de douleur et submatité dans la fosse iliaque droite. Laparatomie latérale. Issue d'un flot de pus d'odeur fécaloïde. Drain, pansement. Le 20 août mort. Pas d'autopsie.

OBS. 54. — Appendicite à rechute. Appendicéctomie à froid.
Guérison.

Alphonse B., 10 ans, entré salle Denonvilliers le 5 mai 1896 sortit le 7 juin. Antécédents héréditaires nuls. A 4 ans il aurait eu des troubles gastro intestinaux sur lesquels les parents ne peuvent pas donner des renseignements. A 8 ans une crise de douleurs abdominales avec constipation et vomissements pendant huit jours. Début de l'accès actuel le 17 avril 1896, par des douleurs brusques dans le ventre, qui obligent l'enfant à s'aliter, vomissements pendant les quatre ou cinq jours suivants, garde-robes assez régulières, mais douleur persistant jour et nuit. Insomnie. Un lavement procure une amélioration notable. A l'entrée on constate un léger ballonnement du ventre et une masse dure, non douloureuse à la pression, bien circonscrite, située au-dessus de l'arcade crurale. Matité à ce niveau. Pas de fièvre, ni vomissements. Légère constipation. Bon état général. Le 12, incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Petite cavité sous le péritoine contenant encore du pus séreux en petite quantité. De fausses membranes infiltrées de pus concret, partant dans la fosse iliaque droite. L'appendice, blanc, induré, rigide situé sous le cœcum est adhérent à la face postérieure de l'intestin grêle. Résection et suture suivant le procédé classique. Suture partielle de la plaie et temponnement à la gaze iodoformée. Exéat le 7 juin, ventre souple, indolore. Revu le 7 octobre, cicatrice linéaire, pas d'éventration, excellent état général.

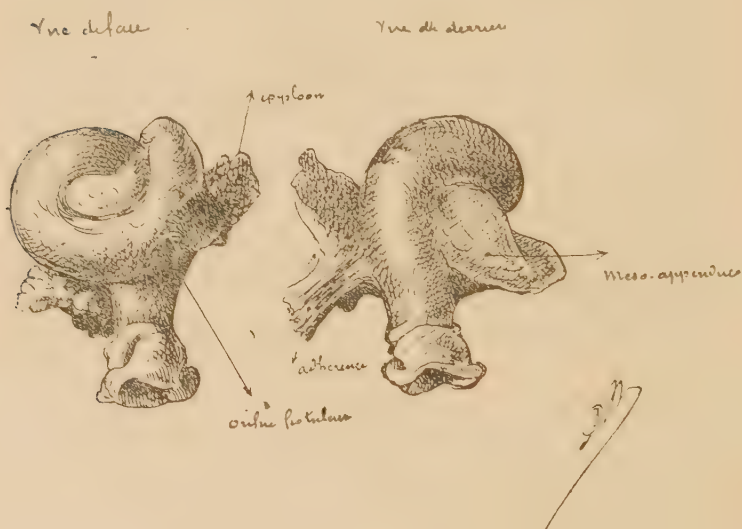
OBS. 55. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente enkystée. Laparatomie latérale. Guérison.

Jules S..., 12 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 22 avril 1896, sorti le 26 mai 1896. Pas d'antécédents pathologiques. Très bonne santé habituelle. Depuis le 18 avril, douleurs abdominales très vives avec céphalalgie ; le lendemain vomissements alimentaires fréquents. Depuis, la douleur persiste. Plus de vomissements, mais constipation opiniâtre. Au moment de son entrée, le ventre n'est pas météorisé. La fosse iliaque droite est très douloureuse à la palpation, à ce point, que l'exploration profonde doit être faite sous le chloroforme. On constate alors un empâtement net au-dessus de l'arcade crurale avec matité à ce niveau. T. 39°, pouls rapide, mais régulier et fort. Fasciès fatigué. Incision de la fosse iliaque, œdème de la paroi, issue d'un demi-verre de pus fétide, jaune, verdâtre. L'appendice pas vu. Guérison sans accidents le 26 mai.

OBS. 56. — Appendicite à rechute. Deuxième crise. Appendicectomie à froid. Guérison.

Louis B..., 13 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 21 mai 1896, sorti le 27 juin. Antécédents personnels : rougeole, pleurésie, fluxion de poitrine, rhumes fréquents. Garçon faible. Premier accès le 9 mai 1895. L'enfant fut pris brusquement de violentes douleurs abdominales, localisées dans la fosse iliaque droite ; fièvre, vomissements et constipation pendant dix jours. Après s'être remis, il a continué à souffrir de temps à autre au même endroit. A suivi dès lors un traitement médical avec régime alimentaire sévère. En mars 1896 une seconde crise,

moins violente, durant huit jours. Ne s'est jamais bien rétabli depuis. A l'entrée on lui trouve un point douloureux dans la fosse iliaque droite où l'on sent un cordon allongé, qui est l'appendice. Le 26 mai incision iliaque classique, et juste derrière la paroi abdominale, on arrive sur l'appendice perforé, qui est enroulé sur lui-même à un tour, comme un cor de chasse. Il adhère solidement à une anse d'intestin grêle et à l'épiploon. Résection et suture au point de Lambert. Suture de la paroi. Pansement. Exeat guéri le 27 juin (Voir le dessin).



Obs. 57. — Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

Auguste M..., 13 ans, entré salle Denonvilliers le 10 juillet 1896, sorti le 28 juillet. Pas d'antécédents pathologiques. Début : le 7 juillet, l'enfant étant à l'école, est pris subitement de si violentes douleurs dans le bas-ventre, qu'on a dû le ramener de suite chez ses parents. Déjà la veille il était un peu souff-

frant. Dans la nuit du 8 au 9 les douleurs augmentent et le ventre se ballonne. Constipation depuis deux jours. Un lavement procure une petite garde-robe. Au moment de son entrée, l'enfant est très abattu. T. 38°, pouls 104, faciès coloré, langue saburrale. Ventre considérablement ballonné, très douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, et cependant il n'y a ni empatement ni matité. Traitement : glace, opium. Amélioration de la douleur dans trois jours. Cessation du ballonnement dans huit jours seulement. Exéat le 28 juillet, entièrement guéri. Revu le 17 août. Bon état général et local.

OBS. 59. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente localisée. Laparatomie iliaque. Guérison.

Wilfrid D..., 12 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 27 février 1896, sorti le 30 avril. Antécédents personnels : rougeole, fluxion de poitrine. Souffre depuis un an environ, de douleurs sourdes dans tout l'abdomen, sans localisation nette. Début brusque le 22 au réveil par des douleurs intenses surtout dans la fosse iliaque droite. Le lendemain les douleurs recommencent et persistent jusqu'à l'entrée. Constipation opiniâtre qui est un peu améliorée par une purgation à l'huile de ricin. Nuits agitées, quelques petits frissons, mais température normale. Le 26, l'enfant ressent tout d'un coup une intense douleur dans tout l'abdomen ; frissons, vomissements alimentaires, puis bilieux, verdâtres, et qui prennent finalement une couleur marc de café. Ballonnement du ventre, qui devient très douloureux à la pression. T. 37°, 6, pouls 140, petit, mou. Le 27, opération. Issue d'un flot de pus séreux. Tamponnement, pansement. Exéat le 30 avril entièrement guéri.

OBS. 60. — Appendicite à rechute. Traitement médical.
Guérison.

Désiré C..., 13 ans, entré le 10 juillet 1896 sorti le 21 juillet. Antécédents héréditaires nuls. Pas de maladies sauf la rougeole. L'année dernière l'enfant était sujet à des coliques abdominales fréquentes avec fièvre et ballonnement du ventre et durant plusieurs jours. Depuis six mois plus d'accès. Il y a 15 jours surviennent subitement des douleurs très violentes dans l'aîne droite qui ne l'ont pas encore quitté à son entrée à l'hôpital. Fièvre, ballonnement du ventre et douleur localisée à droite persistent également, mais le ventre devient plus souple et 8 jours après le début survient une diarrhée abondante, qui dure deux ou trois jours. Pas de vomissements. Le 8 juillet la douleur augmente, le ventre se ballonne de nouveau et on amène l'enfant à l'hôpital où l'on constate tous ces symptômes. Douleur dans l'aîne droite bien localisée et exaspérée par la palpation. Constipation, mais ni température ni vomissements. Traitement : glace-opium. Le 20, plus de douleur, ventre souple. Excellent état général. Exéat le 21.

OBS. 61. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente localisée. Laparatomie latérale. Cure radicale de l'éventration et appendicectomie à froid. Guérison.

Wilhelm Alb..., 17 ans, entré le 24 février 1895 salle Denonvilliers, sorti le 9 avril. Antécédents personnels : rougeole et coqueluche. Est gros mangeur et souffre souvent de coliques, mais fonctions digestives bonnes. Début brusque le 23 février.

à 4 heures du matin par de violentes douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite. Se lève néanmoins, mais étant repris de douleur et de céphalalgie, il s'alite. Vomissements bilieux pendant toute la journée, et frissons dans la nuit. A l'entrée abattement, T. 40°. pouls 100, plein; faciès bon, langue saburrale; à la palpation du ventre, douleur très vive sur une ligne parallèle à l'arcade crurale. Empâtement profond à ce niveau. Le 25, incision et évacuation d'une collection purulente bien limitée. Drainage, pansement. Suites normales. Le 7 mars il sort de la fistule une concrétion fécale allongée, de la grosseur d'un noyau d'olive. Le 6, plaie complètement cicatrisée, sort le 9. Le 7 juillet cure radicale de l'événtration et résection de l'appendice suivant le procédé classique. Celui-ci placé en arrière du cœcum, réduit en un petit cordon, amputé à son sommet. Pas d'adhérences autour de lui. Exéat le 26 juillet entièrement guéri.

OBS. 62. — Appendicite aiguë avec abcès péricœcal. Laparatomie iliaque. Guérison.

Carl. E..., 6 ans, entré salle Denonvilliers, le 26 avril 1896, sorti le 14 juin. Antécédents héréditaires : père bacillaire. L'enfant n'a pas fait de maladie sauf une bronchite l'année dernière. Le 9 avril, chute sur une chaise et à peu près vers cette époque, douleurs abdominales au dire de la mère. Les douleurs irradiées d'abord, se localisent finalement à la fosse iliaque droite et persistent jusqu'à l'entrée. A ce moment T. 39°,2, pouls un peu rapide, mais plein et fort. L'abdomen légèrement ballonné, douleur à la pression partout avec prédominance à droite. Empâtement et matité bien limitée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Quelques petits vomissements. Inci-

sion comme pour la ligature de l'iliaque externe. Issue d'un flot de pus très fétide. Drainage. Examen du pus : coli-bacille et saprophytes. Le 14, plaie complètement cicatrisée. Exéat. Re-
tré de nouveau le 24 juin, l'abcès s'étant rouvert. Pansement humide; mais il persiste une petite fistule. Le 23 juillet, résec-
tion de l'appendice à froid. Celui-ci adhèrent à l'épiploon est volumineux, rouge, amputé au sommet. Il est perméable et con-
tient un calcul. Suture en étages, pas de drain. Réunion par première intention. Exéat le 6 septembre avec belle cicatrice.

OBS. 63. — Appendicite perforante avec péritonite généralisée.
Laparatomie iliaque par M. Broca. Mort.

Auguste N..., 13 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 28 juin 1896, décédé le 30 juin. Pas de maladies antérieures. L'enfant habituellement assez constipé, n'a jamais souffert du ventre jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Ce jour-là, à la suite d'une purgation, (huile de ricin) il se plaint de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Bientôt surviennent des nausées, puis des vomissements et le ventre se ballonne, amené à 10 h. du soir à l'hôpital, l'intervention immédiate n'est pas jugée nécessaire. Le 29 au matin, T. 38°,9, pouls 132, plein, fort, faciès grippé, yeux cernés. L'abdomen peu tendu et la palpation ne présente rien de particulier, sinon qu'elle est douloureuse dans la région sous-ombilicale. Constipation. Le soir, T. 38°,8, pouls 120, régulier, ni nausées, ni vomissements. Etat général amélioré. Traitement : opium, glace. Le 30, opération. On n'arrive pas sur un foyer purulent, mais du pus suinte de la partie supérieure de l'incision; on prolonge celle-ci en haut et en arrière sous le foie, où il existe une collection. Drains et gaze iodoformée. Nuit calme; vers le

matin du 31, agitation, ventre contracturé et plus douloureux, vomissements porracés. T. 37°,8, pouls 140. Le soir, faciès très altéré, yeux cernés, T. 40°, pouls 160, petit. Respiration 60. Sueurs froides. Mort.

A l'autopsie : fausses membranes et adhérences partout. L'appendice long, accolé à la partie inférieure du bord adhérent du mésentère, est baigné dans du pus crémeux et perforé au sommet. Sur le cœcum on ne voit pas de valvule, mais de nombreux plis radiés.

Obs. 65. Appendicite aiguë. Traitement médical. Guérison.

Paul Th..., 13 ans 1/2 ; entré salle Denonvilliers le 17 septembre 1896, sorti le 2 octobre. Antécédents personnels : broncho-pneumonie et coqueluche ; toujours maladif, mais jamais de troubles intestinaux. Début brusque dans la nuit du 5 au 6 septembre par des douleurs vives dans le côté droit du ventre.

A souffert toute la nuit et aussi le lendemain. L'anorexie insomnie et douleurs (T. n'a pas été prise) jusqu'au 13. Ce jour-là T. 38°4, selles normales. Le 16, douleurs de plus en plus violentes. Pilule de morphine qui calme. Pas de vomissements, ni céphalalgie, mais anorexie complète. A l'entrée T. 38, pouls 90, régulier ; faciès fatigué, yeux cernés, langue saburrale. Ventre légèrement ballonné. Gargouillements à droite en dedans de l'ombilic.

Matité et empatement à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Douleurs très vives à ce niveau à la pression. Flexion de la cuisse sur le bassin. Rien au toucher rectal.

Traitement : glace, opium. Le 2 : fosse iliaque libre, ni douleur, ni sensibilité à ce niveau, excellent état général. Exéat.

OBS. 66. — Appendicite gangréneuse avec péritonite purulente généralisée.

Laparatomie iliaque gauche. Mort.

Albert D..., 19 ans entré salle Denonvilliers le 23 septembre 1896, décédé le même jour. Antécédents personnels : Rachitisme et rougeole en bas-âge. Début le 7 septembre. L'enfant constipé depuis deux jours, est pris de douleurs brusques dans tout le ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche. Dans la nuit, des vomissements abondants et répétés durant jusqu'au lendemain dans la journée. On donne une purgation qui produit de l'effet. Ventre tendu et douloureux à la pression. Diarrhée depuis trois jours. A l'entrée, T. 39°2, pouls petit, irrégulier, à 142. Abdomen météorisé, point aminci et saillant dans la fosse iliaque gauche. Bruit hydroaérique à la percussion. Incision au niveau de la fosse iliaque gauche. Issue de pus fétide et de gaz. Drainage, pansement. Mort à 10 heures du soir.

A l'autopsie : Péritonite généralisée. Grand épiploon adhère aux anses intestinales et limite avec elles des cavités purulentes. Appendice amputé à son extrémité libre qui porte une perforation. Ses restes sont sphacelés.

OBS. 67. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée, enkystée. Laparatomie iliaque. Guérison.

Louis H..., 11 ans; entré salle Denonvilliers, le 13 septembre 1896, sorti le 15 novembre. Antécédents personnels : Rougeole et scarlatine. Début le 11 septembre. En descendant les escaliers, l'enfant a été pris d'une douleur vive, syncopale dans la fosse iliaque droite à tel point, qu'il a failli tomber. Pas de

vomissements. Température un peu élevée. Cet état persiste jusqu'à l'entrée. On constate alors que le ventre est ballonné et qu'il existe un empâtement profond, mal déterminé, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. La douleur très vive à ce niveau, s'étend vers la partie postérieure. Faciès un peu altéré. T. 38°, p. 140. Le 14, incision oblique de 8 centimètres, remontant vers la région lombaire le long de la crête iliaque. Issue de pus fétide. Drains, pansement. Suites bonnes.

Le même jour, le 13, son frère âgé de 16 ans, entre à Tenon, pour des accidents péritonitiques analogues.

OBS. 68. — Appendicite aiguë avec péritonite purulente localisée. Laparatomie iliaque. Guérison avec éventration.

Henri P..., 14 ans, entré salle Denonvilliers, le 4 septembre 1896, sorti le 22 octobre. Pas d'antécédents pathologiques.

Début le 3 septembre. L'enfant fait une longue course en bicyclette et rentre le soir se plaignant du ventre. Dans la nuit surviennent des vomissements verdâtres qui persistent, ainsi que la douleur, jusqu'à l'entrée. On constate alors que la T. est à 39°,6, le pouls à 140 plein, régulier. Ventre peu ballonné. Sensibilité très vive au niveau de la fosse iliaque droite, gagnant surtout vers l'ombilic. Pas d'empâtement net à ce niveau, mais de la résistance et de submatité. Incision iliaque classique. Issue d'un peu de pus. Tamponnement à la gaze iodoformée. Suites normales. Exéat guéri le 22 octobre avec éventration.

OBS. 69. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparatomie iliaque. Guérison.

Gaston L. H., 10 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 31 août 1896, sorti le 22 octobre. Pas d'antécédents pathologiques.

Début le 27 août. L'enfant étant dehors, a été mouillé par une averse. Le soir il est pris de frissons, de fièvre, et de la difficulté à uriner. La nuit assez bonne, mais le lendemain au réveil, il se plaint de douleurs dans le ventre qui est dur, ballonné. Constipation et fièvre légère. Tous ces symptômes, accompagnés encore de vomissements, s'aggravent les jours suivants : A l'entrée, faciès altéré, T. 38°, 2, pouls à 112, assez fort. Ventre dur, tendu, douloureux surtout à droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Matité dans toute la fosse iliaque droite se prolongeant en dedans dans l'excavation pelvienne où elle devient plus accusée. Incision iliaque. Ouverture de deux petites poches purulentes bien limitées. Mèche iodoformée. Suites bonnes. Le 15 octobre, cicatrisation de la plaie. Le 22, exéat avec éventration.

OBS. 70. — Appendicite subaigue perforante et appendicectomie à froid. Guérison.

Léon L., 13 ans 1/2, apprenti ébéniste, entré salle Denonvilliers, le 22 juillet 1896, sorti le 25 octobre. Pas d'antécédents pathologiques.

Début le 27 juin. En travaillant, il fut pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite ; a pu rentrer chez lui, mais difficilement et le soir surviennent des nausées et de la céphalal-

gie. Le lendemain il reprend son travail. Diarrhée pendant 3 jours consécutifs. Puis le 7 juillet il est repris de douleurs vives dans la région hypogastrique et la fosse iliaque droite, d'anorexie et de vomissements bilieux, verdâtres. Constipation et ballonnement du ventre. Pas de fièvre.

L'état reste le même jusqu'au 12. Ce jour, à la suite d'un lavement, une garde-robe et amélioration. La semaine suivante tout va bien et le 19 il peut se lever. Le 20, il se plaint de nouveau de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Fièvre, constipation et douleur persistent jusqu'à l'entrée. A ce moment, l'état étant redevenu meilleur, on ne juge pas nécessaire une intervention, on institue le traitement médical, opium, glace et l'état s'améliore rapidement. Il sort le 2 août, ayant conservé une petite tuméfaction, grosse comme un œuf de poule, siégeant au lieu d'élection. Le 21 août, résection de l'appendice, dont l'extrémité libre est rouge, dure, turgescet et qui présente à sa partie moyenne une perforation, fermée légèrement par l'épiploon adhérent. Après libération sort un liquide purulent. Guérison après une suppuration assez abondante. Exéat le 25 octobre.

OBS. 72. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée localisée. Laparatomie iliaque. Guérison.

Eugène J..., 13 ans, sans antécédents pathologiques, entré le 25 octobre 1896. Début remonte à 3 jours. Se plaint au réveil d'une sensation douloureuse dans la fosse iliaque droite. Va au travail, mais est obligé de rentrer et de se coucher. Vomissements alimentaires puis verdâtres, diarrhée abondante et anorexie. Le lendemain, même état. Diarrhée et vomissements diminués. Le jour suivant, douleurs plus intense et tuméfac-

tion au niveau de la fosse iliaque droite. A l'entrée, aspect général assez bon. Ventre non ballonné mais un peu saillant à droite. Douleur spontanée et à la pression au-dessus de l'arcade crurale. Un peu d'œdème à ce niveau et un plastron induré mate à la percussion. T. 39°,6. Pouls à 120° régulier. Incision iliaque classique. Issue d'un flot de pus fétide. Drainage et pansement.

Obs. 73. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparotomie iliaque par M. Arrou. Guérison.

Léontine P..., 17 ans 1/2, entrée salle Giraldès le 13 juillet 1896, sortie le 21 septembre. Pas d'antécédents pathologiques. Début brusque le 4 juillet par des douleurs abdominales siègeant dans le flanc droit, fièvre et vomissements verdâtres. Pas de constipation. A l'entrée on trouve une tumeur d'un poing d'adulte à droite de l'ombilic et ne descendant pas dans la fosse iliaque. Cette tumeur très douloureuse au palper est sonore dans toute son étendue. Pas de flexion de la cuisse. T. 39°5. Incision verticale. Dès l'ouverture du péritoine des gaz s'échappent mélangés d'un pus fétide, et le doigt ramène une boulette de matières fécales durcie, du volume d'un noyau de cerise. Lavage de la poche à l'eau bouillie. Drainage avec des mèches aseptiques. Appendice pas vu, non plus que l'orifice intestinal ayant donné passage à la concrétion fécale trouvée dans la poche. Suites normales. Exéat le 21 septembre, sans éventration et dans un excellent état général.

OBS. 74. — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée localisée.
Laparotomie iliaque par M. Arrou. Guérison.

Edmond Ch. 8 ans 1/2, entré salle Denonvilliers le 23 juillet 1896, sorti le 9 novembre. Comme antécédents héréditaires il est à noter que plusieurs membres collatéraux ont souffert de coliques néphrétiques et saturnines. L'enfant est dyspeptique depuis sa première enfance, il souffre souvent de coliques abdominales et d'alternatives de diarrhée et de constipation. Se portait bien depuis un an. Début brusque le 20 juillet au réveil par de vives douleurs abdominales et de vomissements bilieux, verdâtres. Pendant les deux jours suivants, les douleurs augmentent, s'étendent à tout l'abdomen. Ballonnement et constipation, pas de fièvre. Médecin ordonne le 23 un lavement gazeux à l'eau de Seltz qui procure une selle liquide et en même temps de si violentes douleurs abdominales qu'on est obligé d'amener l'enfant à l'hôpital.

A 10 h. 1/2 du soir à l'entrée, abattement complet, faciès péritonéal, nez froid. T. 37°7, pouls à 127, irrégulier, sueurs froides, ventre peu ballonné mais dur. La pression éveille une douleur sourde plus accusée dans la fosse iliaque gauche et la région hypogastrique qu'à droite. Douleur spontanée également à gauche. Mais comme les parents affirment que le début des douleurs avait été à droite, M. Arrou pratique l'incision iliaque classique à droite. Foyers multiples enkystés en arrière du cæcum, vers le petit bassin et au milieu des anses de l'intestin grêle. Appendice non vu. Drainage à la gaze aseptique. Suites assez bonnes. Le 9 novembre plaie presque complètement cicatrisée. Une toute petite fistulette. Etat général bon. Exéat.

OBS. 75. — Appendicite perforante aiguë avec péritonite enkystée. Traitement médical. Appendicectomie à froid. Guérison rapide et parfaite.

Eugène Gr., 9 ans 1/2, entré salle Denonvilliers le 21 septembre 1896, sorti le 5 novembre. Enfant habituellement très bien portant, toutefois depuis un certain temps il mange très vite, digère mal et vomit quelquefois après les repas.

Le début de la maladie remonte au 12 septembre. Ce jour vers 4 heures du soir en revenant d'une promenade, un camarade saute brusquement sur le dos de l'enfant et le renverse en arrière. L'enfant ressent alors une douleur très vive dans l'aîne droite. Cette douleur se dissipe bientôt et l'enfant rentre chez lui ne souffrant plus. Mais dans la nuit la douleur réapparaît, elle est très violente et accompagnée de vomissements alimentaires. Elle persiste le reste de la nuit et le lendemain. Même état, anorexie et fièvre légère pendant les jours suivants. Un purgatif administré le 17, provoque des vomissements répétés. A l'entrée le 21, l'enfant présente un état général assez satisfaisant, Pas de constipation. T. 37.6, pouls fort, régulier, langue un peu saburrale. A l'examen du ventre qui est légèrement tendu on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, allongée dans le sens de l'arcade de Fallope et douloureuse à la pression. Matité à ce niveau. Le traitement médical institué dès ce jour, est suivi d'une amélioration rapide. Le 14 octobre, après disparition complète de tous les phénomènes initiaux, l'appendicectomie est faite. Après l'incision iliaque on arrive sur l'épiploon dont la pointe adhère dans la fosse iliaque droite. Cette adhérence conduit derrière l'angle iléo-cæcal et là se trouve l'appendice,

plié sur lui-même, adhérent par sa pointe à l'épiploon et on le résèque. Sutures de Lembert. Réunion sans drainage. Guérison par première intention. Sort le 5 novembre dans un excellent état.

L'appendice long de 8 m. 1½, est épaissi, replié sur lui-même fusionné avec son méso et entouré de fausses membranes solides. Il est oblitéré au bout cœcal et largement amputé à l'extrémité libre. Pas de calcul.

OBS. 76. — Appendicite gangréneuse avec péritonite purulente généralisée. Laparatomie iliaque et appendicectomie. Mort.

Georges B..., 9 ans, entré le 20 août 1896, décédé le 25 août, Antécédents héréditaires tuberculeux. Personnellement il semble avoir eu la tuberculose il y a 4 ans. Restait souffreteux depuis une rougeole contractée à l'âge de 2 ans. Bien portant jusqu'au 17 août 1896, début de la maladie. Ce jour-là, l'enfant a ressenti une douleur brusque dans la fosse iliaque droite ; le 19 août, vomissements, fièvre intense, de la faiblesse générale, des douleurs abdominales. A l'entrée le 20 août, dans le service de médecine, la constipation était opiniâtre ; les symptômes précédents persistaient. Le 20 et le 21 on donne des lavements glycinés sans succès ; mais par l'opium et la glace sur le ventre on obtient une amélioration notable. Le faciès était bon. La douleur iliaque, ayant son maximum à la pression au milieu de la ligne iléo-ombilicale était toujours vive. T. m. 37°,8 ; s. 38°,7 ; pouls bon. Le 22 août, faciès bon, mais la douleur iliaque a augmenté. T. m. 37°,4, mais en même temps le pouls est devenu petit, bat à 126 ; peu après, à 136 ; le soir, T. 37°. Le 23 août, matin, M. Broca voit l'enfant pour la première fois.

Dans la fosse iliaque droite existe contre l'arcade de Fallope,

un empatement très net, douloureux à la pression. Le ventre est modérément ballonné, mais il est sensible à la pression dans toute son étendue. Pouls 120, régulier, mais petit et dépressible, faciès bon ; T. 37°,4. Opération immédiate. L'incision iliaque classique donne issue à une assez petite quantité de pus fétide. On voit dans l'incision l'appendice sphacélé, situé juste contre la paroi. On l'attire, ce qui se fait sans rompre les adhérences profondes et on voit que, sa pointe regardant en bas, il a subi à peu près à moitié de sa longueur, une torsion complète, d'un tour, de bas en haut et de droite à gauche. Les parois à ce niveau sont souples, saines, non adhérentes ; au-dessous du second croisement l'appendice est perforé et sphacélé, en son cul-de-sac est un calcul olivaire. Le soir (T. 38°) et le lendemain (T. 37°,4), l'enfant semble aller bien. Pouls moins fréquent (T. 37°6), faciès bon, pas de constipation. Dans la nuit du 24 au 25, les vomissements repirent ; le 26, matin, T. 39°,2, faciès grippé, ventre douloureux. Mort.

Autopsie (par M. Courtillier, interne du service). Foyer iliaque bien drainé et limité par des adhérences. Mais dans tout l'abdomen, entre les anses de l'intestin grêle et l'épiploon, existent de petits foyers purulents, nombreux, gros au plus comme une noix, limités par des adhérences.

OBS. 77 (personnelle à M. Broca). — Appendicite à rechute. Deuxième crise. Appendicéctomie à froid. Guérison rapide et parfaite.

Garçon de 17 ans, opéré le 21 septembre 1896.

Ce jeune homme, de bonne santé habituelle, a souffert il y a six mois d'une première crise dont il a guéri malgré un traite-

ment par les purgatifs. Depuis cette époque, il a toujours présenté une douleur légère dans la fosse iliaque droite. Dans les premiers jours de septembre il a été pris d'une rechute. La température pendant trois jours a monté à 34°, le pouls a été entre 80 à 100, mais plein et régulier, l'empâtement de la fosse iliaque a été léger et s'est vite résorbé sous l'influence du traitement par l'opium et la glace sur le ventre, institué dès le début par le Dr Gaiffe (d'Asnières).

Le 16 septembre, tout était calmé, j'ai pratiqué la résection à froid de l'appendice. Apyrexie parfaite, réunion immédiate totale (sans drainage). Depuis, les souffrances ont cessé.

L'appendice réséqué est long de 9 centimètres et considérablement épaissi. Son extrémité libre est oblitérée. La partie située immédiatement au-dessus est rétrécie sur une étendue de 2 centimètres environ, mais tout le reste est régulièrement calibré. A l'extrémité supérieure, à 1 centimètre de l'orifice d'abouchement dans le cœcum, se trouve sur une des parois une petite dilatation ampullaire. A ce niveau, la paroi est très amincie. Petite perforation de la grosseur d'une tête d'épingle à la partie supérieure. Microscopiquement on constate au niveau de l'extrémité oblitérée une hypertrophie considérable des parois internes. Celles-ci arrivant à se toucher et ayant perdu leur épithélium se sont soudées et obturent la lumière. Lésions inflammatoires chroniques.

OBS. 78 (personnelle à M. Broca). — Appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée. Laparotomie iliaque. Guérison.

Garçon de 11 ans, opéré le 24 mai 1896.

J'ai été appelé auprès de cet enfant le 23 mai au soir par les

D^{rs} Louis Guinon et Hellen. Cet enfant était malade depuis une dizaine de jours et jusqu'à la veille on n'avait pas constaté nettement de crise d'appendicite. Le D^r Guinon trouvant, avec de la fièvre, de la douleur, une résistance vers l'hypogastre, conclut à une appendicite. Les accidents avaient d'abord paru se calmer, puis le 23, ils s'aggravèrent et alors fut constaté un empatement net. A cette date, je trouvai une tumeur qui occupait la fosse iliaque droite, mais fortement en dedans. T. 39°, 5, pouls assez petit, mais régulier, à 120. Douleur au toucher rectal.

Le 24 mai, incision iliaque oblique et j'arrivai dans le péritoine où les anses n'étaient pas adhérentes. En dedans, vers le détroit supérieur, je sentis une masse dure, et en cheminant vers elle, j'effondrai une adhérence et je vis sortir environ un verre à bordeaux de pus fétide. Aux environs du foyer, les annexes n'étaient pas adhérentes, mais rouges et glutineuses. J'introduisis un drain dans le foyer, qui plongeait dans le petit bassin, je mis autour une mèche de gaze iodoformée, et autour de cette mèche j'agençai en collerette l'épiploon, lui aussi un peu rouge.

Dès le lendemain, la défervescence avait eu lieu, l'état général était devenu bon, et la guérison eut lieu sans aucune complication. Elle était achevée le 21 juillet.

Obs. 79. Appendicite perforante avec péritonite purulente généralisée. Laparatomie iliaque. Mort.

Maurice B. 5 ans 5/2, entré le 27 novembre 1896 salle Lugoï (médecine) décédé le 30 novembre. Pas d'antécédents pathologiques. Le début remonte à 4 jours. L'enfant est tombé sur un tas de pierres et s'est plaint dans la soirée du ventre. Les dou-

leurs abdominales persistent. Constipation opiniâtre, anorexie complète, vomissements verts depuis 48 heures. Pas de fièvre ; urines normales. A l'entrée, on dénote à la palpation une douleur abdominale diffuse. Pas de météorisme. Langue blanche ; T. 37,20. — pouls : petit, précipité. Rien ailleurs. L'état s'aggrave pendant les deux jours suivants, l'enfant passe le 30 en chirurgie. A ce moment : ventre ballonné et uniformément douloureux ; matité dans la fosse iliaque droite. Faciès grippé. — T. 38,3° — pouls : misérable impossible à compter. Laparatomie iliaque. Ouverture d'une vaste poche pleine de pus séreux. Pus dans le reste du ventre. Mort.

A l'autopsie on trouve l'appendice perméable sur toute sa longueur, présentant au niveau de son extrémité terminale dilatée, plusieurs perforations de la grosseur d'une tête d'épingle et des érosions multiples de la muqueuse. Dans sa cavité à l'union du tiers inférieur, il y a un volumineux calcul cervical de forme allongée.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLIS. — Annals of Surgery, janv. 1896, p. 613.
- BARLING et BROSIL. — British Medical Journal, 1895, p. 1133.
- BRIEGER. — Archiv. für klinische Chirurgie, t. 45, 1893, p. 893.
- BAGINSKY. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Art. Perityphlitis.
- BRYANT. — New-York med. Journal, 1895, p. 512.
- BURNEY. — Medical Record, avril 1892, p. 421.
- Loc. eod., mars 1895, p. 407.
- BERGER. — Société de Chirurgie, 1894, p. 625.
- BAUMGAERTNER. — Berl. klinische Wochenschrift, 1894, p. 799.
- BIERBAUM. — Journal für Kinderkrankheiten, 1867, p. 26.
- BECK. — Berl. klinische Wochenschrift, sept. 1896, p. 845 et 869.
- BALZER. — Gazette méd. de Paris, 1879, n° 15, 19, 23 et 25.
- BARRIÉ et CHAPUT. — Revue générale de clinique et de thérap., 1890, p. 617.
- BUSCARIET. — Mercredi méd., 1895, p. 522.
- BROCA. — Gazette hebdomadaire, 1888, p. 577.
- Bull. de la Soc. anatomique, 1893, p. 383.
- Loc. eod., 1894, p. 823.
- Gazette hebdomadaire, octob. 1896.
- BAMBERGER. — Wiener med. Wochenschrift, 1853, p. 369.
- BIERHOFF. — Deutsches Archiv. für klinische Medizin, 1880.
- T. 27, p. 248.
- BRUN. — Presse médicale, août 1896, p. 388.
- Loc. eod., nov. 1896, p. 611.

- BRUN. — Soc. de Chirurgie, 2 déc. 1896.
- CABANES. — Nouveau Montpellier Médical, 1893, p. 618.
- CLADO. — Soc. de Biologie, janv. 1892, p. 134.
- CORTEVILLE. — Journal des Sciences méd. de Lille, déc. 1895,
p. 624.
- CERNEA. — Mercredi méd., 1894, p. 588.
- CASPARSOHN. — Muench. med. Wochenschrift, 1893, p. 808.
- COHEN. — Deutsche med. Wochenschrift, 1896, p. 711.
- CLEVELAND. — Medical Record, mars 1895, p. 407.
- CUFFER. — Bull. med., juin 1894, p. 591.
- DENNIS. — New-York med. Journal, octob. 1895, p. 512.
- DELORME. — Bull. med., juin 1896, p. 616.
- DIEULAFOY. — Bull. med. mars 1896, p. 246.
- Presse méd., nov. 1896, p. 601.
- DEAVER. — Medical News, mai 1894, p. 533.
- Loc. eod., déc. 1895, p. 673.
- DAWBORN. — Medical Record, août 1895, p. 289.
- DUNN. — Medical Record, octob. 1896, p. 508.
- DREIFUSS-BRISSAC. — Gazette hebdomadaire, octob. 1890, p. 493.
- EINHORN. — Muench. med. Wochenschrift, 1891, p. 121 et 170.
- ELLIOT. — The Boston med. and Surg. Journal, octob. 1896,
p. 433.
- FERGUSON. — New-York med. Journal, 1895, p. 512.
- FOWLER. — Loc. eod., 1893, p. 434.
- Medical Record, 1896, p. 672.
- Annals of Surgery, 1894, p. 327.
- FÉVRIER. — Mercredi méd., déc. 1895, p. 606.
- FITZ. — New-York méd. Journal, 1888, p. 505.
- FAISANS. — Soc. méd. des hôpitaux, févr. 1896, p. 229.
- FENGER. — American Journal of Obstetrics, 1893, p. 161.
- GRISOLLE. — Phlegmon des fosses iliaques : Archives de médecine, 1839, p. 34.

- M. GNIRE. — *Médical News*, nov. 1895, p. 567.
- GERSTER. — *New-York, medical Journal*, 1890, p. 6.
- HOFFMANN. — *New-York, med. Journal*, sept. 1888, p. 268.
- HODENPYL. — *Loc. eod.*, déc. 1893, p. 777.
- HAENEL. — *Muench. med. Wochenschrift*, mars 1895, p. 280.
- HILDEBRANDT. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, p. 564.
- HEINE. — *Schmidts Jahrbuecher*, 1838, p. 17, p. 213.
- HÉNOCH. — *Leçons cliniques sur les maladies des Enfants*,
p. 429.
- HARTLEY. — *Loc. eod.*, 1890, p. 169.
- HAMMOND. — *University medical Magazine*, sept. 1896, p. 250.
- HAUSMANN. — *Archives gén. de méd.*, 1890, p. 332.
- JALAGUIER. — *Bull. méd.*, juin 1875, p. 615.
- *Loc. eod.*, août 1895, p. 736.
- *Traité de Chirurgie*, p. 349.
- *Soc. de Chirurgie*, 2 déc. 1896.
- JACOBS. — *Bull. de la Polyclinique de l'hôpital International*,
août 1896, p. 243.
- JACOBSON. — *Medical Record*, octob., 1894, p. 424.
- IVERSEN. — *Deutsche med. Wochenschrift.*, mars 1891, p. 425.
- KLEBS. — *Handbuch der pathol. Anatomie*, p. 279.
- KRAFFT. — *Volkman's Sammlung klinischer Vortralge*, 1889-
1890, p. 3111.
- KENNEDY. — *New-York, med. Journal*, octob. 1896, p. 449.
- KUEMMEL. — *Soc. méd. de Hambourg*, déc. 1895.
- KUEMMEL. — *Archiv. für klinische Chirurgie*, 1890, t. 40, p. 618.
- LEGENDRE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1894, p. 854.
- LEROUX. — *Revue des maladies de l'enfance*, janv. 1891, p. 19.
- LABADIE-LAGRAVE et TYROLLE. — *Loc. eod.*, octob. 1883, p. 148.
- LAINE. — *Annals of Surgery*, janv. 1896, p. 613.
- LEYDEN. — *Berl. klinische Wochenschrift*, 1889, p. 689.
- LEDENTU. — *Bull. méd.*, mars, 1896.

LDEBOKKS. — American Journal of the méd. Sc., mai 1894,
p. 484.

LAVERAN. — Acad. de méd. Bull. méd., mai 1896, p. 441.

MATTERSTOCK. — Gehrhardt's. Handbuch der Kinderkrankheiten, vol. IV, p. 899.

MILLARD. — Soc. méd. des hôpitaux, 1894, p. 825.

MURRAY. — New-York, méd. Journal, mai 1890, p. 564.

MORRIS. — Loc. eod., janv. 1894, p. 97.

— — octob. 1893, p. 54.

MUNDÉ. — Medical Record, déc. 1894, p. 678.

MOLLIÈRE. — Lyon médical, 1886, p. 196.

MORIART. — New-York med. Journal, oct. 1896, p. 546.

MIKULICZ. — Langenbeiks. Archiv. fuer klin. Chirurgie, 1889,
T. 39, p. 756.

PETERSEN. — Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, avril 1896,
p. 93.

PILLIET et COSTES. — Bull. de la Soc. anatomique, 1895, p. 19.

POZZI. — Acad. de méd. Bull. méd., avril 1896, p. 415.

PONCET. — Bul. méd., mai 1896, p. 454.

PAGÉ. — Lancel, août 1894, p. 257 et 322.

PERRET. — Lyon médical, juin 1892, p. 278.

RICARD. — Gazette des Hôpitaux, février 1891, p. 145.

RENVERS. — Berl. klin. Wochenschrift, 1891, p. 150.

— Deutsche med. Wochenschrift, 1891, p. 177.

RECLUS. — Revue de Chirurgie, 1890, p. 799.

RECLUS. — Société de Chirurgie, 9 décembre 1896.

RENDU. — Bull. méd., juillet 1893, p. 623.

ROUTIER. — Société de Chirurgie, 1891, p. 462.

— Loc. eod., 1894, p. 417.

ROUX. — Revue méd. de la Suisse rom., mai 1890, p. 201.

— Loc. eod., 1892, p. 4.

ROBINSON. — University medical Magazine, sept. 1896, p. 913.

- ROGER et JOSUÉ. — Soc. méd. des Hôpitaux, janv. 1896.
- REYNIER. — Soc. de Chirurgie, mars 1896, p. 216.
- ROBINSON. — Méd. Record, sep. 1895, p. 373.
- RICHARDSON. — Médecine, fév. 1896.
- ROBERTS. — Annals of Surgery, 1896, p. 613.
- RUSHMORE. — Annals of Surgery, mai 1897, p. 576.
- RICHELOT. — Bull. de la Soc. anatomique, 1890, p. 627.
- RILLIET et SANNÉ. — Traité des maladies des Enfants, p. 757.
- REVILLIOD. — Réunion gén. des méd. suisses (Genève), 1892.
- ROUVILLE. — Bull. méd., nov. 1896, p. 1086.
- Presse méd., mai 1896, p. 251.
- ROUX (Lausanne). — X^e Congrès français de Chirurgie, 1895.
- ROBITZSCH. — Münch. med. Wochenschrift, 1897, p. 302.
- SCHULLER. — Archiv für klinische Chirurgie, 1889, p. 856.
- SCHWARTZ. — Soc. de Chirurgie, 1897, p. 621.
- STRADY. — Medical Record, fév. 1897, p. 1.
- STEDTMANN. — Lancet, mai 1893, p. 1061.
- SUMMERS. — Medical News., oct. 1891, p. 513.
- SCHEDE. — Deutsche med. Wochenschrift, 1892, p. 520.
- STINSON. — American Medico-Surgical Bull., juin 1896, p. 812.
- STENGEL. — Annals of Surgery, janv. 1896, p. 617.
- SCHUCHARDT. — Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1890, p. 5.
- SAHLI. — Réunion gén. des médecins suisses (Genève), 1892.
- Archiv für kinderheilkunde, 1893 et 1895.
- JULES SIMON. — Bull. méd., sept. 1891, p. 849.
- SIEGEL. — Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, vol. I, fasc. II, 1896, p. 179.
- STUBBS. — The medical and surgical Reporter, juin 1896, p. 767.
- SENN. — Journal of the American med. Association, 1894, p. 403.
- SONNENBURG. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. 38, 1894, p. 155.

- SARFERT. — Loc. eod., p. 287.
- SUTTERLAND. — Lancet, août 1895, p. 457.
- SANDS. — New-York méd. Journal, 1888, p. 246.
- SEDLER. — Muench. med. Wochenschrift, 1896, p. 96.
- SCHÆFER. — Deutsche med. Wochenschrift, 1895, p. 220.
- SCHUCHARDT. — Archiv für klinische Chirurgie, 1890, p. 610.
- TUFFIER ET HALLION. — Archives gén. de médecine, sept. 1890, p. 257.
- TALAMON. — Méd. moderne, juin, octob. et avril 1890.
- Société méd. des Hôpitaux, fév. 1896, p. 199.
- Appendicite et pérityphlite (Coll. Charcot, Debowe).
- TRÈVES. — British méd. Journal, avril 1893, p. 835, mars 1895, p. 517.
- TUFFIER. — Soc. de Chirurgie, 1894, p. 52.
- Loc eod., 9 déc. 1896.
- TEALE. — British méd. Journal, janv. 1891, p. 110.
- TIPLADY. — Lancet, mars 1892, p. 524.
- THOMAS. — The med. and. surg. Reporter, nov. 1895, p. 637.
- TERRIER. — Mercredi méd. juin 1892, p. 281.
- TERRILLON. — Soc. de chirurgie, juin 1892, p. 410.
- VICKERY. — Boston méd. and Surg. Journal, janv. 1888, p. 39.
- WITT. — Congrès international de Copenhague, 1889, T. 2, p. 134.
- WHITE. — Lancet, fév. 1895, p. 389.
- WEIR. — New-York méd. Record, 1887, p. 652.
- Annals of Surgery, 1891. 362.
- WALTHER. — Mercredi méd. 1890 n° 52.
- Société de Chirurgie, 2 déc., 1896.
- WITZEL. — Deutsche med. Wochenschrift, 1888, p. 812.
- WALKER. — Médical. Record, mars 1895, p. 407.
- WOELFFLER. — Langenbecks. Archiv. fuer klinische Chirurgie, T. 21, p. 432.
- ZIT. — Archiv. fuer Kinderheilkunde, 1884, vol. 5. p. 108.

Thèses.

BLATIN,	—	1868-69.
SAUZÈDE,	—	1871.
PAULIER,	—	1875-76.
DANTEL,	—	1883.
GOURRONNEC,	—	1887.
MAURIN,	—	1889-90.
MARIAGE, — MARTINEZ,		thèse de Paris, 1890-91.
LE BAYON,	—	1891-92.
LE GUERN, — JACOB,	—	1892-93.
SAUVAGE, — BENOIT,	—	1893-94.
BAVRIÉTY, — BERTHELIN,	—	1894-95.
DAMAY,	—	1894-95.
PIARD,	—	1896.
PRAVAZ,		thèse de Lyon, 1888.
MARGERIE,	—	1892.
CROIZAT,	—	1892-93.
LAFFORGUE,	—	1893.
NOAILLES,		thèse de Bordeaux, 1892-93.
ROCHAZ,		thèse de Lausanne, 1895-96.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Anatomie normale de l'appendice iléo-cœcal	9
Anatomie pathologique	14
Pathogénie et étiologie	24
Formes cliniques	42
Analyse des symptômes	52
Diagnostic	58
Pronostic	67
Traitement	71
Bactériologie	79
Complications post-appendiculaires	80
Conclusions	82
Observations	83

